





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین
دانشکده پزشکی شهید بابایی
پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای حرفه‌ای پزشکی عمومی

عنوان:

بررسی اپیدمیولوژی بیماران HIV مثبت مراجعه کننده
به مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین

اساتید راهنما:

دکتر مینا آصف زاده

دکتر بهزاد بیژنی

استاد مشاور:

دکتر سونیا اویسی

نگارش:

مهسا آقایی

تقدیم به پدر و مادر عزیزم؛

که دستانشان بوی زحمت، چشمانشان رنگ خستگی، صدایشان زنگ زندگی است و من آن دستان،
چشمان و صدا را عاشقانه می پرستم و از خداوند متعال خواهانم که گرمای دستان و صدایشان و
مهربانی چشمانشان همراه همیشگیم باشد.

باسپاس فراوان از

سرکار خانم دکترینا آصف زاده و جناب آقای دکتر بهزاد بیشنی

که با حمایتها و دلسوزی هایشان مرا در تنظیم این پایان نامه همراهی کردند.

و با تشکر از سرکار خانم دکتر سونیا اویسی

که در جمع آوری این مطالعه مرا یاری نمودند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده
	فصل ۱: مقدمه و بیان مسئله
۴	مقدمه
۹	بیان مسأله
	فصل ۲: بررسی متون
۳۲	بررسی متون
	فصل ۳: مواد و روش کار
۳۹	اهداف
۴۰	فرضیه‌ها
۴۱	جمعیت مورد مطالعه
۴۱	روش کار
۴۲	محدودیت‌ها
۴۳	جدول متغیرها
	فصل ۴: یافته‌ها
۴۶	یافته‌ها
	فصل ۵: بحث و نتیجه‌گیری
۵۸	بحث
۶۴	نتیجه‌گیری
۶۶	پیشنهادهای
۶۸	منابع
۸۴	ضمائم

فهرست جداول و نمودارها

عنوان

صفحه

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک جنس	۴۶
جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک وضعیت تاهل	۴۶
جدول ۳- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک سن	۴۷
جدول ۴- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک شغل	۴۷
جدول ۵- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک سطح تحصیلات	۴۸
جدول ۶- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک محل اقامت	۴۸
جدول ۷- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک نحوه اطلاع از بیماری	۴۹
جدول ۸- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک محل ارجاع	۴۹
جدول ۹- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ نسبت به وجود ریسک فاکتورها	۵۰
جدول ۱۰- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ سابقه بستری و جراحی در بیمارستان	۵۱
جدول ۱۱- توزیع فراوانی نسبی شکایات بالینی بیماران تحت درمان HIV+ قبل از درمان و در حین درمان	۵۱
جدول ۱۲- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک مرحله بیماری هنگام شروع دمان	۵۲
جدول ۱۳- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک وجود بیماری	۵۲
جدول ۱۴- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک اختلالات روحی همراه	۵۳
جدول ۱۵- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک مقدار CD4	۵۳
جدول ۱۶ - آماره های توصیفی آزمایشهای پاراکلینیکی مبتلایان HIV+	۵۴
جدول ۱۷- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک آزمایشات پاراکلینیکی هپاتیت از 21 نفری که مثبت بودند ...	۵۴
جدول ۱۸- بررسی رابطه بین سطح CD4 و درمان دارویی در بیماران مبتلا به HIV+	۵۵
جدول ۱۹- بررسی رابطه بین اعتیاد تزریقی و سابقه زندان در بیماران مبتلا به HIV+	۵۵
جدول ۲۰- بررسی رابطه بین اعتیاد تزریقی و استفاده از تیغ یا سرسوزن مشترک در بیماران مبتلا به HIV+	۵۶
جدول ۲۱- بررسی رابطه بین سابقه زندان و تیغ یا سرسوزن مشترک در بیماران مبتلا به HIV+	۵۶
جدول ۲۲- بررسی رابطه بین سابقه زندان و انجام خالکوبی در بیماران مبتلا به HIV+	۵۷

چکیده

زمینه: HIV یک عفونت پویا می باشد که باعث بیماری مزمن چندین ساله میشود این عفونت باعث کاهش عملکرد سیستم ایمنی میشود و نمای پیشرفت بیماری با این کاهش در ارتباط است که به بهترین نحو میتوان آن را با شمارش سلول های T از نوع CD4 نشان داد این بیماری تا سال ۱۹۸۱ ناشناخته بوده است و پس از آن موارد ابتلای این بیماری در تمامی کشورهای جهان گزارش شده است.

هدف: بیان شیوع و ریسک فاکتورهای این بیماری و بیان میزان مرگ و علت مرگ این افراد و فراوانی بیشترین طریق انتقال این بیماری و نحوه اطلاع و اولین علائم بیماری و چگونگی فراوانی سنی و فراوانی جنسیت و آگاهی نسبت به راه های پیشگیری و اطلاع رسانی به مردم جهت کاهش شیوع این بیماری می باشد.

روش کار: مطالعه ی توصیفی مقطعی گذشته نگر با مراجعه به پرونده های بیماران که در مرکز شهید بلندیان قزوین تحت درمان بوده اند بعد از رفع نقایص پرونده ها توسط رابطین بهداشت که از طریق تماس تلفنی و یا حضوری با بیماران برطرف شد. تمامی اطلاعات مربوط به بیماران من جمله خصوصیات فردی و اجتماعی و محل زندگی و خصوصیات مربوط به بیماری و تمام اطلاعات جمع آوری شده و از طریق نرم افزار SPSS آنالیز شده است که این جمع آوری اطلاعات همراه با اخذ رضایت بیماران و رعایت مسائل اخلاق پزشکی و عدم افشای رازهای بیماران بوده است.

نتایج: نتایج بر آمده حاکی از آن می باشد که ۷۵٪ بیماران مذکر و ۲۵٪ افراد مؤنث بوده است. ۴۵/۳٪ فراوانی سنی بین ۳۰ تا ۴۰ سال که بیشترین فراوانی سنی داشته است و ۵۰٪ افراد مجرد بوده اند. ۶۲/۳٪ افراد بیکار و ساکن زندان بوده اند و ۹۵/۳٪ افراد اطلاع از بیماری خود را از طریق ارجاع از زندان داشته اند و بیشترین ریسک فاکتورهای اطلاع از این بیماری اعتیاد تزریقی با شیوع ۷۰/۳٪ و سابقه اقامت در زندان در رتبه دوم با شیوع ۶۵/۶٪ و استفاده از سر سوزن و سرنگ مشترک ۹۲/۵٪ و شریک جنسی متعدد ۳۵/۹٪ و استفاده از خالکوبی ۱۴/۱٪ و ابتلا از طریق شوهر آلوده ۶/۳٪ و ابتلا از طریق مادر آلوده ۱/۹۲٪ (۳ مورد از ۶۴ مورد) بوده است و بیشترین فراوانی مربوط به علائم بشورات جلدی ۱۷/۲٪ پس از آن برفک و آفت های دهانی ۱۲/۵٪ و کاهش وزن ۱۲/۵٪ بوده و بیشترین بیماری جسمی همراه هپاتیت C با میزان ۲۸/۱٪ و هپاتیت B به میزان ۶/۳٪ و همراهی توبرکلوز ۶/۳٪ و همراهی هپاتیت B و C

۳/۱٪ بوده است و بیشترین اختلال روحی، افسردگی به میزان ۳۴/۴٪ بوده است. در این بررسی رابطه معنی دار بین سال های اقامت در زندان و استفاده از سر سوزن یا سرنگ مشترک و سابقه زندان و استفاده از خالکوبی و رابطه این اعتیاد تزریقی و استفاده از سر سوزن و سرنگ مشترک داشته است. طبق بررسی های آماری انجام شده در مرکز آموزشی درمانی شهید بلندیان آمار مرگ در بیماران مبتلا به عفونت اچ ای وی از سال ۸۳ تا سال ۹۱، ۳۴ نفر بوده است که بیشترین علت مرگ در اثر سپتی سمی و شوک سپتیک بوده است.

بحث و نتیجه گیری: بیشترین افراد در این مطالعه مذکر و ساکن زندان و معتاد تزریقی و بیکار بوده اند. بیشترین ریسک فاکتور در انتقال اعتیاد تزریقی و در درجه بعدی روابط جنسی ناسالم و پر خطر بوده است. بیشترین سن ابتلاء بین سن ۳۰ تا ۴۰ سال و در این بررسی بیشترین یافته بالینی در بدو مراجعه بثورات پوستی بوده است لذا به پزشکان شناسائی علائم این بیماری را توصیه مینمائیم. همچنین اکثر بیماران در زمان بدون علامت از طریق ارجاع مطلع شده اند. در بررسی های آماری انجام شده ارتباط بین ریسک فاکتور ها مثل اعتیاد تزریقی و اقامت در زندان و این دو مورد با خالکوبی داشته است. از طرفی نظر به اینکه بیشترین راه انتقال اعتیاد تزریقی میباشد باید خانواده ها مراقبت بیشتری از فرزندان خود داشته باشند و با رفتار های مخاطره آمیز آنها برخورد منطقی داشته باشند و با پائین آوردن سن ازدواج و آموزش در جهت پایبندی به اصول اخلاقی از روابط جنسی ناسالم پرهیز کرد.

کلید واژه ها:

بیماری ایدز، HIV، سلولهای کمکی T، تست الیزا.

فصل اول:

مقدمه و بیان مسأله

مقدمه

بیماری ایدز تا سال ۱۹۸۱ ناشناخته بود و در سال ۱۹۸۴ مشخص شد که ویروس HIV عامل بیماری است. اکنون با گذشت ۲۶ سال از آن تاریخ عفونت AIDS/HIV به صورت یک پاندمی درآمده و موارد ابتلای آن تقریباً از تمام کشورها گزارش شده است. از این گسترش جهانی بیماری، کشوری ما نیز مصون نماند و اولین مورد بیماری در سال ۱۳۶۶ مشاهده گردید (۱) ایدز از جمله بیماری های است که از لحاظ کشندگی بالا و هزینه مراقبتی فراوان و ایجاد مشکلات اجتماعی و هدف قرار دادن جمعیت جوان جامعه از معضلات مهم جوامع بشری است. کنترل اپیدمی و پیشگیری و مراقبت از بیماران از اهم فعالیتهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد. ما با تعدادی معدودی از افراد مواجه نیستیم بلکه باید توجه خود را به گروه بزرگی از افراد آلوده و افرادی که احتمال آلوده شدنشان وجود دارد معطوف کنیم (۲)

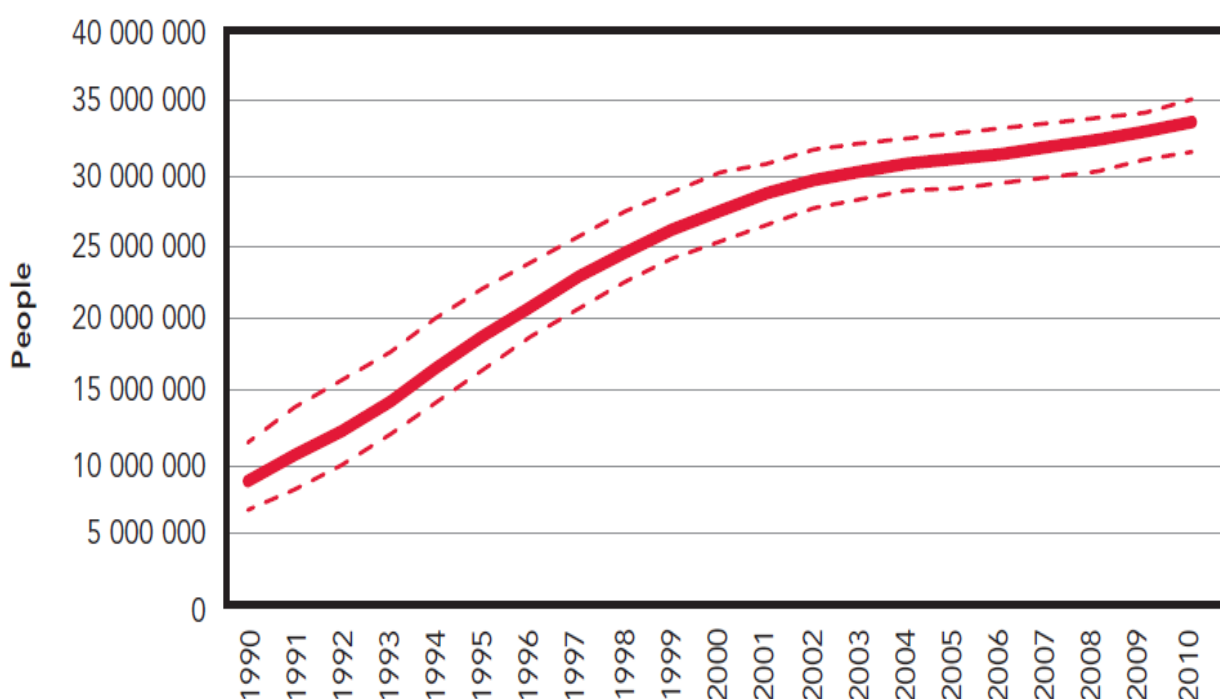
عامل ایدز ویروس HIV از دسته رتروویروسهاست. شایعترین راه گسترش این ویروس در دنیا آمیزشی است، در ایران شایعترین راه انتقال استفاده از سرنگ مشترک در معتادان تزریقی است. اما راه انتقال آمیزشی نیز روبه افزایش است. عفونتهایی همچون هپاتیت C و B و سل به طور همراه با HIV/AIDS بیش از سایر گروههای جامعه دیده می شود. (۳)

اپیدمی ایدز و ویروس آن یک مورد اضطراری درجهان و یکی از بزرگترین چالش های بشری است، هر دقیقه ۵ نفر به ویروس HIV آلوده می شوند. افزایش اعتیاد تزریقی و عدم آگاهی از روشهای انتقال و پیشگیری و جوان بودن جمعیت کشور، ایران را در مقابل این آلودگی آسیب پذیر کرده است. سربازان به علت شرایط خاص سنی، نحوه زندگی گروهی در آسایشگاهها، عدم اطلاع از راههای سرایت مانند تیغ

مشترک و دوری از خانواده در معرض خطر آلودگی به AIDS/HIV قرار دارند و چون تنها راه محدود کردن بیماری، آموزش پیشگیری است آموزش پیشگیری نقش مهمی در کنترل این بیماری دارد. (۴)

با توجه به اهمیت عوارض این بیماری و بار سنگین بهداشتی و اقتصادی بررسی ریسک فاکتورها و میزان ابتلا در هر جامعه الزامیست. آموزش جهت پیشگیری از راههای ابتلا نقش مهمی ایفا میکند. این مطالعه جهت بررسی شیوع بیماری و ریسک فاکتورها در گروهی از افراد صورت گرفته است، تا بتوان از شیوع روز افزون این بیماری از طریق پیشگیری، کاست.

رشد موارد مبتلا به اچ آی وی در جهان^(۵)

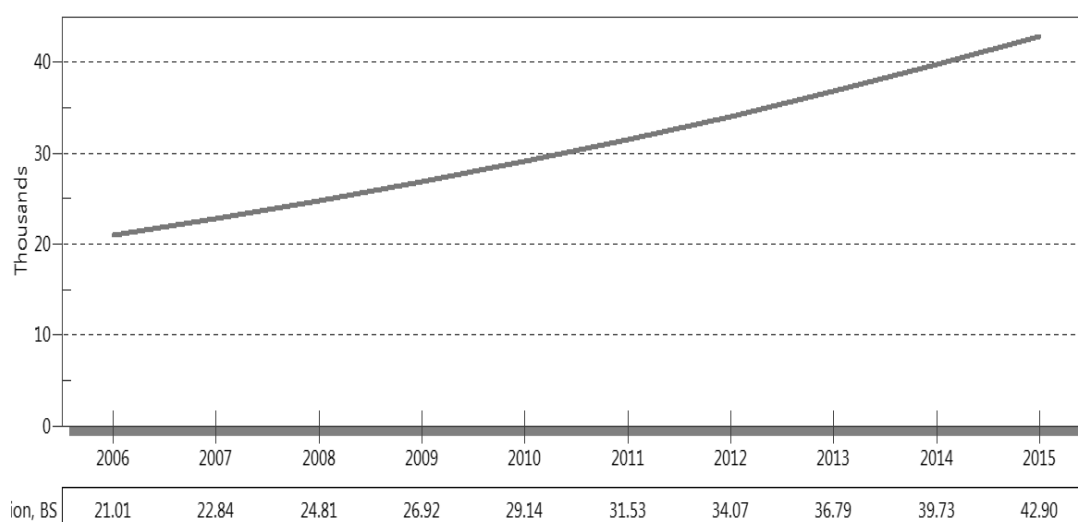


نمودار شماره ۱-۱.

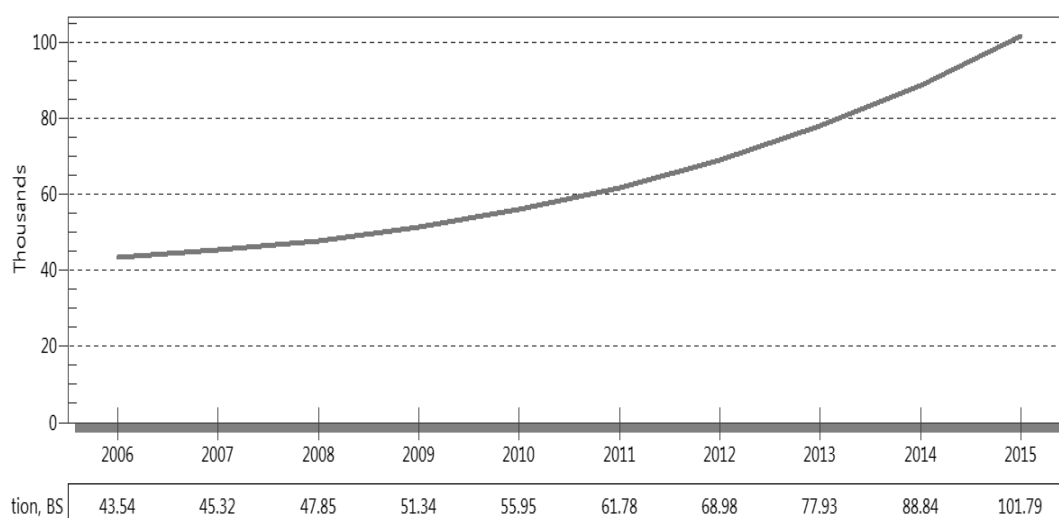
شیوع ایدز در جهان رو به افزایش است و سیر صعودی دارد و تا سال ۲۰۱۰، ۴۰ میلیون نفر مبتلا شناسائی شده اند ولی خوشبختانه متناسب با این نمودار سرعت افزایش و شیوع این بیماری از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰، نسبت به سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ سرعت کمتری در شیوع داشته است.

تخمین موارد جدید اچ آی وی در ایران تا سال ۲۰۱۵^(۵)

female.

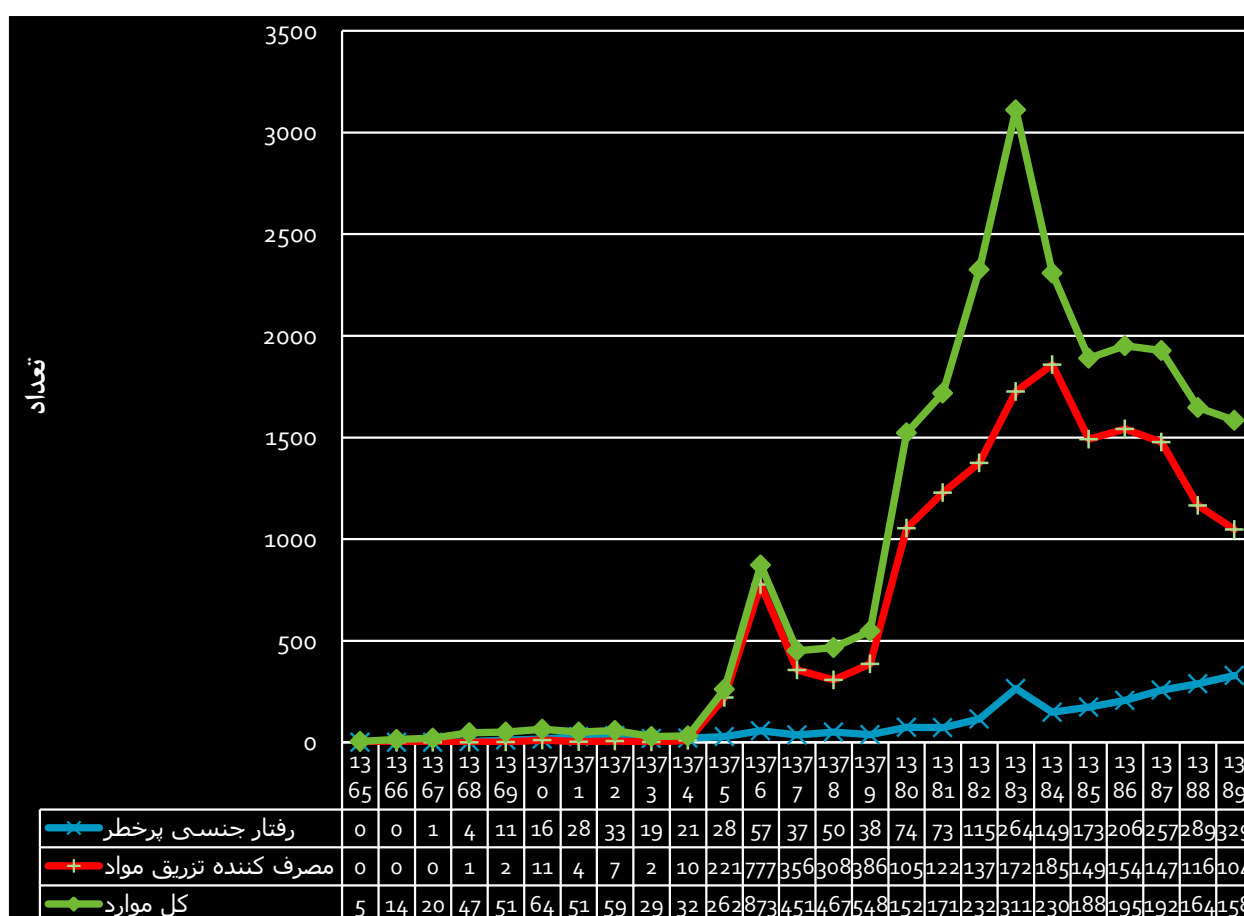


male.



نمودار شماره ۱-۲. روند شیوع ایدز هم در مردان و هم در زنان در کل جهان رو به افزایش است و تفاوت این افزایش در سرعت این روند میباشد که در زنان با روند مداوم بدون افزایش یا کاهش بوده است در صورتیکه در مردان تغییرات دوره ای در روند افزایش داشته است.

الگوی انتقال ابتلاء به اچ آی وی در ایران ، تابستان ۱۳۹۱^(۵)



نمودار شماره ۱-۳.

در نمودار ترسیم شده میزان شیوع و سیر پیشرفت ریسک فاکتور هانسبت به جمعیت به این ترتیب میباشد که اعتیاد تزریقی در چند سال گذشته بیشتر از سایر ریسک فاکتور ها شیوع بیشتری داشته ولی در چند سال اخیر روابط جنسی روند بیشتری داشته و اعتیاد تزریقی رو به کاهش و روابط جنسی پر خطر رو به افزایش است.

جمعیت مبتلا به بیماری و فوت شده و تخمین موارد جدید^(۵)

۲۴۷۳۵	تعداد کل موارد ثبت شده
۳۶۱۹	تعداد موارد ثبت شده مبتلا به بیماری پیشرفته اچ آی وی
۳۵۲۰	تعداد موارد تحت درمان ضد رترو ویروسی
۴۷۸۱	تعداد موارد فوت ثبت شده
۹۳۲۵۰	برآورد تعداد مبتلایان تا سال جاری
۱۲۶۳۰۰	پیش بینی مبتلایان برای ۵ سال آینده

جدول شماره ۱-۱.

بر طبق آخرین آمار ثبت شده از این بیماری تعداد مبتلایان در کل کشور ۲۴۷۳۵ نفر و افراد با بیماری پیشرفته ۳۶۱۹ نفر و موارد تحت درمان ۳۵۲۰ و موارد فوت شده ۴۷۸۱ و مبتلایان در ۵ سال آینده ۱۲۶۳۰۰ نفر می باشد.

بیان مسأله

ایدز چیست ؟

در لاتین این کلمه متشکل از حرف اول کلماتی است که به معنای سندرم نقص ایمنی اکتسابی می باشند

میزبان اصلی عامل عفونت گلبولهای سفید خون از نوع لنفوسیت های کمکی TH (CD4) می باشند . حمله ویروس ایدز به این سلولها باعث اختلال در عمل کرد سلولهای دفاعی می شود و تکثیر آن در داخل سلولهای دفاعی منجر به کاهش قابل ملاحظه آنها می شود . این صدمات به سیستم ایمنی ، بدن را در مقابل عفونت های فرصت طلب و سرطانهایی فرصت طلب که اکثرا شدید و کشنده هستند بی دفاع می نماید.

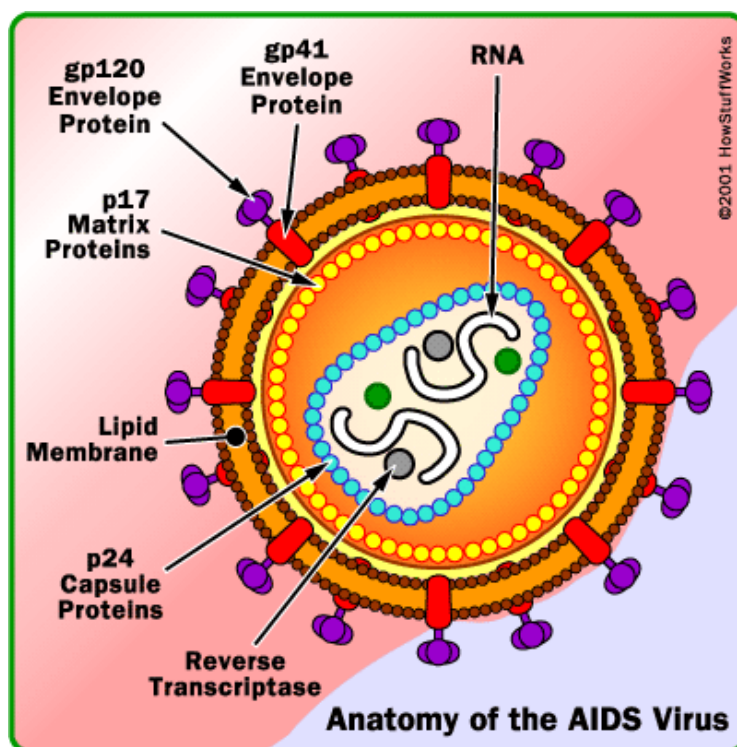
عامل بیمار

HIV (Human Immunodeficiency Virus) به معنی ویروس نقص ایمنی انسان است. اولین بار در سال ۱۹۸۱ در آمریکا پنومونی ناشی از پنوموسیستیس کارینی در پنج مرد همجنس باز که قبلا سالم بودند مشاهده شد تا این که در سال ۱۹۸۳، HIV از یک بیمار لنفادنوپاتی جدا شد و در سال ۱۹۸۴ ثابت شد که این ویروس مسبب AIDS می باشد.

ویروس HIV از خانواده رتروویروسها و از زیرخانواده لتی ویروسها میباشد ویروسهای نقص ایمنی انسان HIV-1 و HIV-2 که ویروسهای سیتوپاتیک می باشند.

در میکروسکوپ الکترونی این ویروس به شکل دوازده وجهی دیده می شود با خارهای سطحی متعدد دارای دوپوشش پروتئینی و اصلی ورای غشایی می باشد. ویرون از سطح سلولهای آلوده جوانه می زند و به محیط بیرون آزاد می شود. به همین علت است که ویروس HIV بطور مداوم پوشش خود را

عوض می کند و به هنگام جوانه زدن از غشای سلول میزبان انواع متفاوتی پروتئین و گلیکو پروتئین جدا می کند که ترکیب آن منحصر به فرد می باشد. در شکل شماتیک از ویروس بطور واضح لایه ها و هسته ی ویروس قابل مشاهده است. دو قطعه RNA که بصورت جدا از هم در مرکز ویروس مستقر هستند. این ویروسها حاوی آنزیم ریورس ترانس کریپتاز معکوس هستند و به کمک همین آنزیم است که پس از ورود به داخل سلول می توانند از روی RNA ژنوم دورشتهای DNA راستز کنند. پس از این مرحله DNA سنتز شده به هسته سلول میزبان رفته و توسط آنزیمهای خود در DNA سلول میزبان تکثیر میشود و سیستم همانند سازی کننده میزبان را وادار به همانند سازی از ژنوم خود کرده و در مراحل بعدی به شدت زیاد اجزای ویروس HIV به سرعت سنتز می شود و با پدیده جوانه زدن از سلول میزبان سبب آسیبهای جدی به غشای سلول میزبان شده و در نهایت سلول لیز می شود. و به این جهت که سلول های میزبان ویروس گلبولهای سفید می باشد سبب کاهش شدید این سلولها شده و در اثر برخورد یک بیماری عفونی بدن نمی تواند از خود دفاع کند. حتی در اثر یک سرماخوردگی ساده احتمال مرگ وجود دارد.



ساختمان ویروس

لایه خارجی که دارای گیرنده اختصاصی است و امکان اتصال به سلول های لنفوسیت کمک کننده (CD4) را فراهم می کند . لایه میانی شامل پروتئینهای داخل ویروس هستند که عمل حفاظت از ساختمانهای ژنتیکی رل به عهده دارند. در لایه داخلی ، ساختمان های ژنتیکی و آنزیمهای کنترل کننده فعالیت های ویروس قرار دارد .

اپیدمیولوژی

شدت بیماری و گسترش آن در جهان بعد از اولین گزارش که در سال ۱۹۸۱ میلادی (۱۳۶۰ شمسی) بوده است، بیماری ایدز را در شمار یکی از مهمترین معضلات بهداشتی ، درمانی ، اجتماعی و اقتصادی قرار داده است.

با گزارش ۲۳ میلیون فوت بعلت ایدز از ابتدای اپیدمی تا پایان ۲۰۰۱ ایدز چهارمین عامل مرگ در جهان و اولین عامل آفریقای زیر صحرا شناخته شده است اکثر این قربانیان جوان بوده و ۵ میلیون نفر از آنان

را کودکان زیر ۱۵ سال تشکیل می دهند. در حال حاضر وجود ۴۰ میلیون فرد آلوده و بیمار در جهان تخمین زده میشود.

۹۵٪ مبتلایان جهان در کشور های در حال توسعه زندگی می کنند .

از نظر سازمان جهانی بهداشت دنیا به ده منطقه جغرافیایی تقسیم شده است و میزان آلودگی در هر منطقه متفاوت است .

در سال ۱۹۹۸ در هر ساعت ۲۲۰۰۰ نفر آلوده شده اند که یک سوم مبتلایان در گروه سنی زیر ۲۵ سال قرار داشته اند این عده در دهه بعد یعنی قبل از ۳۵ سالگی فوت خواهند کرد .

تا به امروز ۱۴ میلیون کودک به علت فوت والدین بخصوص مادران خود به علت بیماری ایدز یتیم شده اند. بر اساس گزارشات بهداشت جهانی منطقه خاورمیانه و شمال افریقا که ۹۸٪ مردم آن مسلمان هستند یکی از پاک ترین مناطق دهگانه محسوب می شوند که مهم ترین علت آن پابندی مسلمانان به اصول اخلاقی است . متأسفانه گسترش بیماری در معتادان تزریقی که اشتراک سرنگ و سوزن داشته اند باعث شده است که کشورهایی مثل بحرین ، ایران ، تونس مصر و پاکستان نیز در معرض خطر جدی قرار گیرند .

راه های انتقال :

احتمال آلودگی با تعداد ویروس ، قدرت تهاجم ویروس ، راه ورودی آن و درنهایت وضعیت ایمنی شخص دریافت کننده آلودگی رابطه مستقیم دارد.

ایدز سه راه انتقال عمده دارد :

۱- جنسی

انتقال از طریق آمیزش جنسی که اولین راه و در حال حاضر شایعترین راه نیز می باشد ، شناخته شده است.

تماس جنسی با فرد آلوده:

در جهان ۷۰-۸۰ درصد آلوده شدگان از طریق ارتباط جنسی به بیماری مبتلا شده اند. آلودگی از مرد به زن ، زن به مرد و مرد به مرد منتقل می شود زنان نسبت به مردان ۳-۵ برابر بیشتر در خطر ابتلا قرار دارند.

وجود سابقه اولین ارتباط در سنین پایین ، تعدد شرکا جنسی و سابقه عفونتهای مقاربتی همگی احتمال انتقال بیماری را افزایش می دهند .

در تماس جنسی ویروس از مرد به مرد ، زن به مرد و مرد به زن منتقل می شود که مرد به مرد بیشترین خطر انتقال و زن به مرد کمترین خطر انتقال را داراست .

در هر بار تماس جنسی ۱-۰/۱٪ خطر انتقال از زن به مرد ۳-۵٪ خطر انتقال از مرد به زن وجود دارد. اما به علت تعدد دفعات تماس و طولانی بودن دوره باروری و باردهی ۷۰-۸۰٪ بیماران در این گروه قرار می گیرند.

وجود شرکاء جنسی متعدد و روابط جنسی پر خطر احتمال آلودگی را افزایش میدهد. وجود عفونت های التهابی آمیزشی مثل سوزاک و کلامید یا احتمال آلودگی در اثر تماس با ویروس HIV را ۳ الی ۵ برابر افزایش میدهد . وجود عفونت های زخم دار در دستگاه تناسلی ۵ الی ۱۰ برابر خطر آلودگی را افزایش میدهد. بالاترین گزارش در افزایش ابتلاء و یا انتقال ویروس HIV در بیماران با تاریخچه عفونت دستگاه تناسلی ۲۰ برابر است .

همچنین انتقال از راه آمیزش برای جوانان پر مخاطره تر می باشد . هر چه سن شروع آمیزش پائین تر باشد احتمال آلودگی در این گروه بیشتر است. مطالعات نشان داده که دختران و پسران جوان اولین تجربه های جنسی خود را با افراد بزرگتر ، باتجربه تر و پرخطرتر کسب میکنند. تصادفی بودن آمیزش، عدم آگاهی به راههای پیشگیری و آمیزش با آسیب و جراحات بیشتر عوامل اصلی افزایش ابتلاء می باشد.

۲- مادر به کودک

از طریق مادر آلوده به جنین و نوزاد :

مادر آلوده در دوران بار داری ، هنگام زایمان و حین شیر دهی در ماههای اول بعد از زایمان ، بیماری را به نوزاد خود منتقل میکند . ۱۰ درصد از افراد آلوده جهان را کودکان آلوده تشکیل میدهند . اکثر این کودکان ساکن آفریقا هستند.

در کشور های آفریقایی به دلیل وجود کمبود های غذایی به خصوص کمبود ویتامین A ، بالا بودن تعداد حاملگی ، وجود عفونتهای مختلف مقاربتی و عدم امکان دارو درمانی احتمال انتقال آلودگی از مادر به نوزاد ۳۰-۵۰ درصد می باشد .

آخرین راه انتقال ، انتقال از طریق مادر به فرزند است که می تواند در طی دوران بارداری در اثر عبور ویروس از جفت آسیب دیده، در حین زایمان به علت تماس مخاط بدن نوزاد با خون مادر در کانال زایمانی و یا در هنگام شیردهی صورت بگیرد. شایعترین مرحله آلودگی هنگام تولد است که نوزاد با ترشحات و خون آلوده در تماس نزدیک قرار میگیرد.

در کشورهای آفریقایی که مادران فقر غذایی بخصوص کمبود ویتامین A دارند، فاصله حاملگی ها بعلا عدم تنظیم خانواده کوتاه بوده و آمار بیماریهای مقاربتی نیز در آنها بالاست احتمال آلوده شدن کودک از

مادر آلوده ۳۰-۵۰٪ است و بر عکس در کشورهای پیشرفته عدم فقر غذایی، رعایت تنظیم خانواده، درمان بیماریهای مقاربتی در هنگام حاملگی و دارو درمانی با سه داروی ضد ویروس HIV، احتمال تولد کودک آلوده را به ۳-۵٪ کاهش داده است.

۳-خون و فراورده های خونی

الف) تزریق خون و فراورده های خونی

ب: ورود اجسام تیز و برنده آغشته به خون آلوده در پوست

ج: اشتراک سرنگ در معتادان تزریقی

خون و فراورده های خونی

(پرخطرترین راه انتقال، دریافت خون آلوده است که بیش از ۹۰ درصد احتمال آلودگی از این طریق وجود دارد اما در حال حاضر در دنیا فقط ۳ درصد آلوده شدگان از این طریق آلوده شده اند به خصوص در سالهای اخیر با انجام آزمایشهای تشخیصی، کلیه خونهای مشکوک معدوم می شوند و اصولاً با پیشرفت علم پزشکی نیاز به دریافت خون کاهش یافته است.

اما راه آلودگی از طریق اشتراک سرنگ در معتادان تزریقی با وجود ورود میزان کمی خون آلوده به مراتب شایع تر از دریافت خون آلوده است.

درمیان معتادان تزریقی به علت مصرف مواد مخدرسیستم ایمنی دچار تضعیف شده و همچنین به علت ورود مستقیم مقداری از خون استفاده کننده قبلی سرنگ به درون سیستم عروقی فرد معتاد خطر ابتلاء در این افراد به شدت افزایش پیدا می کند (۶۰٪) و این افراد می توانند به عنوان کانون گسترش عفونت عمل کنند. افراد معتاد تزریقی استفاده کننده از سرنگ مشترک در زندان ۵/۵ برابر بیشتر در معرض ابتلاء به عفونت هستند.

ده درصد آلوده شدگان جهان از این راه آلوده شده اند و آمار در برخی از کشورها به حداکثر ۸۲ درصد می‌رسد هر وسیله بهداشتی - درمانی تیز و برنده که احتمال آغشته شدن به خون آلوده را داشته باشد، در صورت ضد عفونی نشدن و ایجاد کردن زخم، می‌تواند فرد سالم را آلوده نماید. لذا ابزار پزشکی و دندان پزشکی، لوازم خال کوبی، سوزاندن مو، سوراخ کردن گوش، حجامت، تیغ سلمانی و مسواک ممکن است باعث انتقال آلودگی شود. کمتر از یک دهم در صد افراد آلوده در دنیا از این راه مبتلا شده‌اند. ویروس بسیار ضعیف است و قادر به ادامه حیات در خارج از بدن به مدت طولانی نمی‌باشد. بیماری از طریق دست دادن، بوسیدن در یک اتاق خوابیدن، و از یک ظرف غذا خوردن و همچنین استفاده از حمام مشترک، استخر مشترک، توالت مشترک، و نیش حشرات منتقل نمی‌شود.

علائم بالینی:

پس از ورود ویروس به داخل بدن و شروع آلودگی فرد آلوده تا پایان عمر علائم مختلفی را تجربه می‌کنند این علائم بستگی به بیماری زایی ویروس، تعداد ویروس، راه انتقال و وضعیت ایمنی میزبان در مراحل مختلف دارند. عفونت‌های مختلف به خصوص عفونت‌های ویروسی در شخص آلوده باعث افزایش تکثیر ویروس HIV در سلولهای دفاعی و تسریع در پیشرفت بیماری می‌شوند همچنین بر خلاف اکثر عفونت‌ها، ایدز دارای ۲ مرحله بیماری است یکی در ماههای اول ورود ویروس و دیگری در انتها و بعد از دوره بی علامت است.

مراحل آلودگی و بیماری ایدز عبارتند از:

۱- مرحله حاد

۲- مرحله بی علامت

۳- مرحله بزرگی غده لنفاوی منتشره پایدار

۴- مرحله سندرم ایدز

الف : علائم عمومی

ب : علائم عصبی

ج: عفونتهای ثانویه

د: سرطانهای ثانویه

هـ : سایر موارد

۱- مرحله حاد:

در این مرحله یکسری علائم شایع از جمله تب ، بزرگ شدن غدد لنفاوی ، ضایعات پوستی و گلودرد وجود دارد که حالتی شبیه منونوکلئوسیس ایجاد می کنند و همچنین یکسری علائم که شیوع کمتر دارند مثل سردرد ، اسهال ، تهوع ، استفراغ ، کاهش گلبول سفید و پلاکت .

مرحله حاد:

اکثر افراد آلوده ۲ الی ۴ هفته (بر اساس بعضی گزارشات حد اقل ۶ روز و حد اکثر ۶ هفته) پس از ورود ویروس ، طیف وسیعی از علائم بالینی را نشان می دهند ، این علائم به مدت یک الی چندین هفته (۴ الی ۵۶ روز) باقی می مانند. با تولید پادتن بر علیه ویروس علائم بیماری بهبود پیدا می کنند .

این علائم عبارتند از : تب ، گلو درد خفیف ، بزرگی غدد لنفاوی ، سردرد ، ضعف و کوفتگی ، درد مفاصل و ماهیچه ای ، بی اشتها و کاهش وزن ، تهوع ، استفراغ و اسهال که ممکن است از شدت متفاوتی بر خوردار باشند . همچنین ممکن است علائم مغزی مثل مننژیت ، انسفالیت ویروسی و نیز درگیری پوست و مخاط نیز ایجاد شوند.

در این مرحله در صورت بروز کاهش شدید قدرت سیستم ایمنی امکان وجود عفونتهای فرصت طلب پیش می آید اما با افزایش مجدد سلولهای دفاعی این عوارض بهبود مییابد . تاکنون هیچ مورد مرگ و میر در این مرحله گزارش نشده است .

مرحله بی علامت :

در این مرحله فرد مانند افراد عادی جامعه است و ممکن است دچار خستگی ، عرق شبانه ، اسهال متناوب و تب خفیف باشد که این علائم می تواند در کم خونی ها ، اختلالات دستگاه غدد درون ریز و بیماریهای روانی هم مشاهده شود

با بهبودی مرحله حاد که بر اساس شدت علائم از یک تا چندین هفته طول می کشد بیماری به یک مرحله نهفته و بی علامت وارد می شود که مدت آن در کشور های پیشرفته به علت وجود امکانات خوب بهداشتی ۱۵-۱۰ سال و در کشور های در حال توسعه ۱۰-۸ سال تخمین زده می شود . این دوره برای بیماران مونث کوتاه تر و برای کودکان و افراد سالمند بسیار کوتاه است . در حقیقت در مرحله بدون علامت با وجود تکثیر فعال ویروس (حدود ۱۰ بلیون در روز) سیستم دفاعی بدن توان مبارزه با آن را داشته و تعداد سلولهای لنفوسیت کمکی CD4 تقریباً ثابت می ماند . افراد آلوده در این مرحله ، عفونت های شایع در جامعه غیر آلوده ، مثل تبخال آفت و درماتیت سبوریک را مکرراً تجربه میکنند ولی عوارض آنها شدید تر و طولانی تر از افراد طبیعی می باشند .

۳- مرحله بزرگی غدد لنفاوی منتشر پایدار :

غدد لنفاوی در اندازه های نیم تا دو سانتی متر ، بدون درد در بیش از دو نقطه بدن ظاهر میشوند ناحیه کشاله ران در این محاسبه قرار نمی گیرد غدد لنفاوی اکثراً به صورت دو طرفه بزرگ می شوند . حداقل ۳ ماه به این صورت باقی می ماند و امکان دارد اندازه آنها تغییر پیدا کند.

بزرگی غدد لنفاوی پایدار و منتشر (PGL):

که در آن گره های لنفاوی در بیش از ۲ ناحیه از بدن که عمدتاً "درنواحی گردنی، پشت گردن، زیر بغل و ناحیه فک است بطور دو طرفه بزرگ می شوند که در معاینه درد ندارند، متحرک و چرمی هستند. البته چون PGL در سارکوئیدوز، سیفلیس ثانویه و هوچکین لنفوم هم دیده می شود بنابراین برای تشخیص نهایی باید از یافته های هیستوپاتولوژیک استفاده کرد که در آن طرح Follicular hyperplasia مشاهده می شود.

۴- مرحله پایدار:

در این مرحله ویروس ایدز به تمام سیستم ها و ارگانهای بدن حمله کرده و به تنهایی و یا به کمک عوامل مختلف مانند (میکروب ها - قارچ ها - انگل ها - ویروس ها) عفونتهای مختلف را ایجاد می کند. یکی از شایع ترین علایم بیماری وجود تب طولانی بیشتر از یک ماه، اسهال به مدت بیشتر از سه ماه و کاهش وزن شدید (بیشتر از ۱۰ درصد در مدت کمتر از ۴ ماه) است. سل یکی از مهمترین بیماریهایی است که با گسترش اپیدمی ایدز در دنیا مجدداً افزایش یافته است. بیماری سل حتی در کشورهای پیشرفته نیز بعثت شیوع ایدز از کنترل خارج شده است در مراحل نهایی بیماری که سلولهای دفاعی بدن بسیار آسیب دیده اند، عفونت های فرصت طلب مثل پنومونی به علت قارچ پنوموسیستیس کارینی و سرطان کاپوسی و لنفوم عارض می شود.

همچنین ویروس مستقیم به سلولهای بخش خاکستری مغز که مرکز یادگیری است حمله میکند و با از بین بردن سلولهای آن سبب ایجاد اختلال در حافظه بیمار میشود.

ایدز AIDS :

شروع این مرحله زمانی است که شمارلنفوسیت های $CD4+$ کمتر از ۲۰۰ شود و یا علائم بالینی اختصاصی ظاهر گردد. این مرحله دارای ۴ خصوصیت بالینی مهم می باشد:

الف) عفونت فرصت طلب : در این مرحله هر نوع میکروارگانیسمی می تواند در بدن ایجاد عفونت کند ولی احتمال درگیری فرد با این عفونتها تحت تاثیر ۴ فاکتور زیر است :

اولین فاکتور خود میکروارگانیسم است Exposure to the organism

دومین فاکتور توان بیماریزایی میکروارگانیسم Relative virulence

سومین فاکتور پروفیلاکسی که با داروهای مختلف انجام می شود Chemoprophylaxis

آخرین و مهمترین فاکتور کفایت سیستم ایمنی است Immuno competence

لازم به ذکر است این تقسیم بندی دیگر مورد استفاده نمی باشد.

براساس یافته هایی که تا اینجا گفته شد علاوه بر تقسیم بندی اولیه که براساس علائم بالینی بود تقسیم

بندی دیگری بنام والتر رید (walter Reed) بیان شد که از صفر تا ۶ درجه بندی شده است و ۴

پارامتر در آن دخیل می باشد.

ب) عوارض مغزی :

تظاهرات عصبی در مرحله ایدز می تواند بصورت موضعی و سیستمیک و یا حتی تظاهرات روحی روانی

باشد و علت آن درگیری مستقیم مغز با ویروس HIV ، عفونتها و سرطانهای فرصت طلب و همچنین

داروهایی که فرد مبتلا مصرف می کند می باشد.

ج (عوارض کلی :

یکسری علائم غیراختصاصی از جمله تب ، اسهال و کاهش وزن می باشد که علت خاصی برای آنها نمی توان ذکر کرد که این علائم در آفریقا بیشتر گزارش می شود چون امکانات تشخیصی در آنجا ضعیف تر است و در نتیجه در دسته علائم بی علت قرار می دهند.

مطالعات و تحقیقات در زمینه ایدز همچنان ادامه دارد و آخرین تقسیم بندی موجود که بعد از تقسیم بندی اولیه CDC و walter Reed بیان شد به قرار زیر است که در آن از دوفاکتور علائم بالینی و شمارش لنفوسیت CD4+ استفاده شده است.

	A	B	C
500 ³	A1	B1	C1
200-499	A2	B2	C2
<200	A3	B3	C3

۱- دسته A : شامل عفونت حاد ، بزرگی غدد لنفاوی (P.G.L) و بی علامت

۲- دسته B :علائم مرحله عفونت HIV (که نه در مرحله A و نه در مرحله C دیده می شود)

۲- دسته C :علائم اختصاصی مرحله ایدز

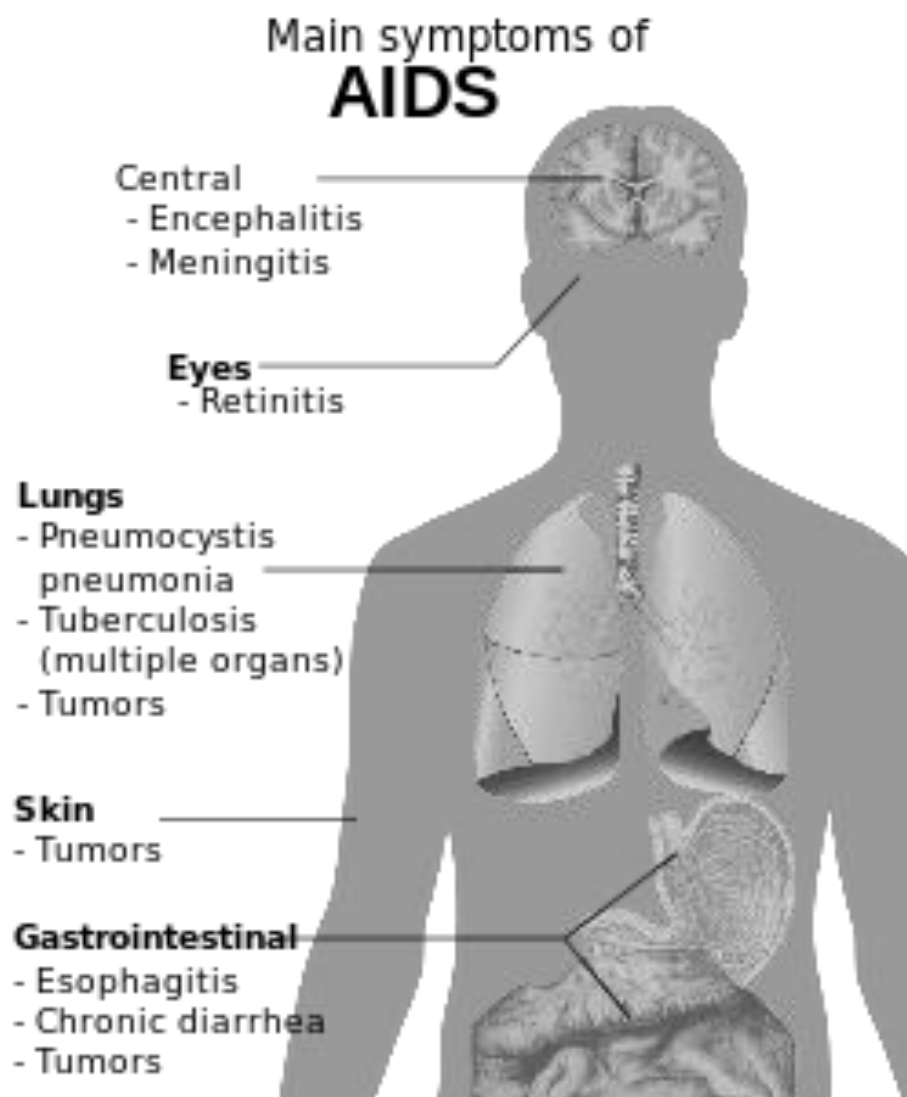
پیشگیری :

آمار نشان می دهد که از سال ۹۲ به بعد تعداد بیماران مبتلا به HIV از ۱۳ میلیون نفر به بالغ بر ۵۰ میلیون نفر رسیده است و به مرز فاجعه آمیز نزدیک شده است بنابراین مردم و مسئولان به فکر راه حلی جدی برای جلوگیری از این فاجعه افتاده اند.

اهمیت پیشگیری از اینجا مشخص می شود که از بین بردن عامل بیماری در بدن ممکن نمی باشد و نیز واکسن موثری هنوز برای آن ساخته نشده است. ولی قطع چرخه انتقال بیماری به وسیله پیشگیری کاملاً امکان پذیر است و شعار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۹ (Listen, Learn, live) اهمیت پیشگیری را نشان می دهد.

پیشگیری به طور موفق عملی نمی شود مگر به وسیله آگاهی دادن به مردم که این آموزش در درجه اول به عهده پزشکان و جامعه پزشکی و درجه دوم به عهده هر کس دیگری است که از ایدز آگاهی دارد و در قبال دیگران احساس مسئولیت می کند.

برای آگاهی و آموزش باید از تمام امکانات موجود و رسانه های گروهی استفاده کرد. همچنین زمان و سن خاصی برای آموزش وجود ندارد چون هر شخص می تواند از حدود ۹ سالگی تا ۶۵ سالگی اعتیاد را شروع کند و نیز از زمانی که بالغ می شود تا اواخر عمر روابط جنسی را داشته باشد همچنین انتقال خون ، آرایشگاهها و اعمال دندان پزشکی در هر سن و زمانی می تواند صورت گیرد. ولی کسانی که در معرض رفتارهای پر خطر می باشند یا کسانی که دارای تفکرات و باورهای غلطی هستند برای آموزش در اولویت قرار دارند.



راههای پیشگیری :

اجتناب از وارد کردن هر جسم نوک تیز نامطمئن به داخل پوست استفاده از سرنگ یکبار مصرف در تزریقات و کنترل خون و فراورده های خونی ، عدم استفاده از تیغ یا استفاده از تیغ یکبار مصرف در آرایشگاهها ، استریل کردن وسایل پزشکی و دندانپزشکی در بین مریض ها و نیز استفاده از وسایل ایمنی برای خود پزشک یا دندانپزشک، خویشتنداری و دوری از روابط جنسی نامطمئن با افراد مختلف ، نداشتن شرکای جنسی متعدد، بالا بردن سن اولین تماس جنسی و این که فرد فقط یک شریک جنسی داشته باشد و مطمئن باشد که خود تنها شریک جنسی طرف مقابل است، استفاده از روش های پوششی مانند کاندوم، حامله نشدن مادر آلوده و در صورت آلودگی پیشگیری از آلودگی فرزند در درجه اول یا استفاده از داروهای ضد ویروسی مانند زیدوودین به طور جدی کمک خواهد کرد و مساله مهم در برنامه های مبارزه با ایدز این است که ما با خود بیماری مبارزه می کنیم نه با بیمار، باید با بیمار به صورت سالم زندگی کرد و ارتباط داشت و او را از جامعه طرد نکرد چون طرد این افراد علاوه بر اینکه از لحاظ انسانی و اخلاقی درست نمی باشد باعث ایجاد مشکلات روانی در بیماری شود و احتمال آلوده کردن عمدی سایر افراد جامعه را بالا می برد.

درمان:

فرضیه های درمانی: برای درمان این بیماران بطور کلی دو فرضیه عمده وجود دارد.

(۱) حذف کامل ویروس از بدن از طریق تحریک ژنوم ویروس ، ایجاد ترانسفورمیشن (Transformation) و ساخته شدن پروتئین نامناسب و تزریق پیش داروهای غیرسمی که در سلول آلوده سمی می شوند.

(۲) جلوگیری و یا کاهش سرعت تکثیر ویروس

روش های درمان :

A : جلوگیری از چسبندگی GP120 به سلول :

(۱) سنتز Anti-Idiotypic

(۲) تزریق CD4+

(۳) استفاده از سولفات دکستران

B : جلوگیری از نفوذ ویروس به سلول (Anti GP41 activity) استفاده از AL721

C : جلوگیری از انجام اعمال آنزیمها که مفصلاً درمبحث بعدی توضیح داده خواهد شد.

D : مهارنواحی ژنی : غیرفعال کردن ژنوم tat که تکثیر ویروسی را تحریک میکند و یا فعال کردن ژنوم nef که بازدارنده تکثیر ویروسی است.

E : جلوگیری از رهایی ویروس از سلول :

(۱) افزایش PH

(۲) استفاده اینترفرون ها (IFN)

داروهای ضد ویروسی موجود :

۱- بازدارنده آنزیم ترانس کریپتاز معکوس Reverse transcriptase inhibitors

A) Nucleoside reverse transcriptase inhibitor

۱, Zidovudin(ZDV)(AZT),

۲, Didnozine(ddI),

۳, Zalcitabine(ddc),

۴, Stavudine(D4t),

۵, lamivudine(3 tc),

۶, Abacavir,

B) Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor

Nevirapine^۱,

Delaviridine^۲,

Protease inhibitors ۲- بازدارنده آنزیم پروتئاز

Saquinavir^۱,

Ritonavir^۲,

Indinavir^۳,

Nelfinavir^۴,

Amprenavir^۵,

Integrase Inhibitors ۳- بازدارنده آنزیم انتیگراز

به علت Cytotoxicity بسیار شدیدی که دارند هنوز در فهرست داروهای درمانی قرار نگرفته اند.

درمان چند دارویی Combination therapy

درمان ترکیبی مزیت های بسیار زیادی نسبت به درمان تک دارویی دارد که این مزایا شامل

دوز مصرفی پایین تر، کاهش سمیت ، تاخیر مقاوم شدن ویروس نسبت به داروها ، هدف قرار دادن

قسمتهای مختلف چرخه ویروسوی است .

در درمان چند دارویی بطور عمده دوشیوه وجود دارد:

۱- درمان دودارویی ،

۲- درمان سه دارویی

آنچه که باتوجه به نتیجه تحقیقات تاکنون پیشنهاد شده است استفاده از دوتابازدارنده آنزیم ترانس کریپیتاز معکوسی و یک بازدارنده آنزیم پروتاز است .

ترکیب بعضی از داروها اثرات کاهنده برروی یکدیگر Antagonist دارند مانند ZDV+d4I و ترکیب بعضی از داروها باهم تقویت کننده (Synergist) هستند مثل ZDV+3TC

استراتژیهای درمان

اولین اقدام پزشک برای رویارویی با این بیماران روان درمانی است. باید بیمار در خود احساس امنیت کند که بیماری او رو به بهبودی است
بیماری بایست که از مراحل درمان تا حدودی آگاهی داشته باشد، کلیه مسائل مربوط به پیشگیری به این بیماران آموخته شود و تمامی ریسک فاکتورها برای آنها بازگو شود.

تعیین زمان شروع دارو:

۱- Early therapy

۲- Late therapy

پس از شروع درمان معمولاً "بعد از دوتا چهار هفته آثار درمان کاملاً" آشکار می شود.
مساله بسیار مهمی که در حال حاضر به عنوان یکی از معضلات درمان نیز مطرح می باشد هزینه درمان است. قیمت داروها بسیار گران است. روی هم رفته هزینه درمان یک بیمار باتوجه به آزمایشاتی که انجام می دهد به اضافه هزینه داروها حدود ۱۱۰۰ دلار در هر ماه است.
روشهای درمانی دیگری نیز برای درمان این بیماران وجود دارد که در این روشها عمدتاً برروی تقویت سیستم ایمنی کار می شود. این روشهای درمان هنوز تحت مطالعه اند و نتیجه قطعی اثربخشی آنها هنوز به اثبات نرسیده است.

روش علمی درمان در کلینیک ها در حال حاضر در ایران به این صورت است که پس از شناسایی بیماران درمان با روش late therapy وبا استفاده از درمان سه دارویی شامل موارد زیر انجام میگیرد.

تشخیص :

ویروس حدوداً ۶ هفته الی ۶ ماه پس از ورود به بدن سیستم ایمنی را تحریک نموده که به دنبال آن در بدن علیه ویروس پادتن تولید می شود این زمان ممکن است به کوتاهی ۵ روز باشد. و یا تا ۱۶ ماه نیز طول بکشد . فاصله بین ورود ویروس تا ایجاد پادتن دوره پنجره ای (window period) گفته می شود . در این دوره نتیجه آزمایش تشخیص ایدز منفی است . توصیه میشود که افراد اگر در معرض خطر قرار گرفته اند با مراجعه به پزشک در خواست انجام آزمایش را بنمایند .

نکات مهم

پاسخ منفی نمی تواند دلیل عدم وجود آلودگی باشد و بر اساس زمان آلودگی ممکن است فرد آزمایش شده در دوره پنجره ای باشد

پاسخ مثبت نمی تواند مرحله بیماری را مشخص کند و تنها نشان دهنده آلودگی است ، علائم بیماری و یا بررسی میزان سلولهای لنفوسیت کمکی در خون و یا اندازه گیری میزان ویروس ، مرحله بیماری را مشخص می نماید .

تشخیص بیماری ایدز

تست های آزمایشگاهی در مراحل تشخیص و درمان بیماری ایدز اهمیت فراوانی دارندونقش آزمایشگاه به عنوان مطمئنترین مرجع برای تشخیص قطعی بیماری بسیارپراهمیت است. در سالهای پیش از تولید انبوه روشهای آزمایشگاهی این بیماری تنها براساس علائم کلینیکی تشخیص داده میشدتا اینکه در سال ۱۹۸۵ روش ELISA برای تست روتین مورد استفاده قرار گرفت .

بطور کلی روشهای آزمایشگاهی به دودسته تقسیم میشونددسته اول روشهای مستقیم هستندمانند کشت که تست قطعی تشخیصی است اما به دلیل وقت گیر بودن و خطر استفاده از آن در آزمایشگاه ، عملاً مورد استفاده قرار نمی گیرد.دسته دوم روشهای سرولوژیک هستند که کاربرد بیشتری دارند. در این روش ها Ag و یا ab را در سرم یا پلاسمای آلوده تشخیص میدهم.

در تشخیص هدف نهایی پروتئینهای ویروسی هستند که در سدرسته زیرجای میگیرند.

(۱) گلیکوپروتئینهای خارجی پوشش مثل gp160, gp41, gp120

(۲) پلی مرز پروتئینها مثل e1p31, rt p76

(۳) پروتئینهایی مثل p24 (gag)

علائم آزمایشگاهی ابتلا به بیماری hiv ۶-۸ هفته پس از تماس با ویروس همزمان با تولید p24 در خون آغاز می شود که این پروتئین را میتوان با روش ELISA بطور اختصاصی شناسایی کرده سپس با Western blott تایید کرد.

اولین روش سرولوژیک شناسایی پاد تن روش ELISA است که gag, gp160, gp120 را تشخیص می دهد این تست نیاز به تأیید دارد اما از حساسیت ۹۹/۵٪ و اختصاصیت ۹۹/۸٪ برخوردار است همچنین باید به مساله تداخلگرهایی مثل واکسن آنفولانزا، Ab ضد میتوکندری و بدخیمیهها که تولید مثبت کاذب

می کنند توجه شود. اگر تست منفی شد چند ماه بعد تکرار می شود. تفسیر نتایج western Blott با ELISA به این صورت است که اگر تست ELISA اولیه منفی شد حضور Ab ضد HIV نفی میشود اما اگر مثبت شد باید تکرار شود در صورتیکه ELISA دوم منفی شد نیز حضور Ab نفی می شود اما اگر ELISA مثبت شد western blott انجام می شود که اگر مثبت شد حضور Ab ضد HIV ثابت می شود اما اگر منفی شد باید مساله window period در نظر گرفته شود.

روش بعدی Radio Immuno Assay است که تست تأییدی جایگزین western blott است و با gp120 و gp160 واکنش میدهد. هدف از تست تشخیص مقادیر کم Ab و پیگیری افراد مبهم است اما این روش نیاز به نگهداری کشت سلولی و حمل و نقل مواد نشانگر و مهارت تکنیکی دارد بنابراین استفاده از آن محدود است.

روشهایی نیز وجود دارند که ساده و سریع هستند مثل p24 capture assay که در طبقه بندی افراد آلوده و قدرت تأثیر دارو اهمیت دارند و هدف از آن تشخیص آنتی ژن p24 است که این تست چند هفته قبل از seroconversion مثبت می شود.

روشهای جدیدی نیز برای شناسایی پروتئینهای اختصاصی ویروس و یا شناسایی مستقیم اسید نوکلئیک وجود دارد مانند روشهای PCR که اخیراً بسیار مورد توجه قرار گرفته و ویژگی و حساسیت بالا یی دارند و انتظار میرود در آینده گسترش بیشتری پیدا کند. (۶)

فصل دوم:

بررسی متون

۱) در مطالعه توصیفی تحلیلی که تحت عنوان بررسی اپیدمیولوژیک و عفونتهای همراه در افراد HIV+ و مبتلا به ایدز تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری های رفتاری (کلینیک مثلثی) شیراز در سال های ۱۳۸۳-۱۳۸۴ انجام شد، بیشترین درصد در راه انتقال بدین صورت بوده است که ۴۰.۸٪ تزریق مشترک ۱۶.۴٪ آمیزشی، ۳۲.۶٪ تزریق همراه با آمیزشی، ۱.۶٪ دریافت خون، ۷.۹٪ سایر موارد و ۷٪ نامشخص، هیچ مورد مادر به فرزند در این مطالعه گزارش نشده است، منظور از سایر موارد خالکوبی، تیغ مشترک و چاقو خوردن می باشد. عفونت های همراه یافت شده در این مطالعه: ۷۸٪ هپاتیت C، ۹٪ تحت درمان پروفیلاکسی سل، ۴٪ دارای عفونت فعال سل، ۷٪ هپاتیت B و ۳٪ افراد نیز هپاتیت C همراه با سل داشتند. با توجه به اینکه بیشترین درصد انتقال از طریق تزریق مشترک و سپس آمیزشی می باشد (در این مطالعه) توصیه شده است جهت پیشگیری از اپیدمی ایدز و عدم انتقال به جامعه، در افراد دارای رفتارهای پرخطر اقدامات کاهش آسیب شامل درمان نگهدارنده متادون، توزیع سرنگ و کاندوم همراه با آموزش و مشاوره در سطح گسترده ارائه گردد. همچنین به علت درصد بالای همراهی عفونت های HCV و TB با HIV/AIDS اهمیت برنامه ریزی پیشگیری و کنترل ایدز در گروههای در معرض خطر را بیش از پیش نشان می دهد. (۷)

۲) بیماری ایدز در سالهای اخیر به سرعت میان جمعیت پخش شده است، در وضعیت کنونی جهان یکی از مهمترین علل مرگ در افرادی که در معرض خون الوده و فرزندان منولد شده هستند، به شمار میرود. اکنون بیشترین جمعیت ساکنان ایدز در کشورهای واقع در جنوب صحرای افریقا، وجود دارد، این منطقه شامل ۲۲،۵ میلیون ساکن است که شغل بسیاری از این افراد در پراکندگی ایدز مهمترین نقش را ایفا میکند، منطقه ای که بسیاری از افراد معتاد تزریقی هستند و روابط نامشروع در

سطح بالایی قرار دارد. بیشترین میزان استفاده از درمان های ضد رتروویروسی نیز در این منطقه است. (۸)

(۳) مطالعه ای جهت بررسی بر میزان شیوع ایدز در نوزادان متولد شده در ۲ دهه اخیر در کشور امریکا و شیوع بین المللی این بیماری در زنان باردار و نوزادانشان انجام شده است، از زمان بروز ناگهانی ایدز به میزان ۱۷۰۰ نوزاد در سال ۱۹۹۲ در امریکا، به منظور پیشگیری از انتقال ویروس از طریق مادر به فرزند، تدابیر جدی اندیشیده شد، در همین راستا با درمان ترکیبی آنتی ویروسی در زنان حامله HIV+ به مدت ۶ هفته، کاهش چشمگیری در بروز HIV (به میزان بیش از ۹۸٪ کاهش) در سال ۲۰۰۵ دیده شد.

ولی همچنان انتقال پری ناتال HIV نقش پررنگی را در امریکا و آفریقا ایفا میکند. هر ساله ۴۳۰/۰۰۰ نوزاده الوده به دنیا میاید، و به طور کلی ۲۱ میلیون کودک زیر ۱۵ ساله با این بیماری زندگی میکند، که بخش عمده ان مربوط به آفریقا است. اکنون تمام توجه جهت کاهش بیماری در نوزادان به صورت درمان پروفیلاکسی در دودان شیردهی است. (۹)

(۴) مطالعه ای که در سال ۲۰۰۹ تحت عنوان بررسی کلی عفونت HIV در آمریکا (دپارتمان کنترل مرکزی عفونت توسط Currn JW و همکاران) انجام شد به این نتیجه رسیدند که به طور کلی در جهان ۳۳ میلیون نفر آلوده به HIV هستند و ۲/۷ میلیون نفر عفونت جدید HIV در سال مطالعه داشته اند. ۲ میلیون نفر در سال ۲۰۰۷ بر اثر این بیماری فوت شده اند. بیشترین شیوع و بروز این بیماری در نقطه جنوب صحرای آفریقا (SUB SAHARAN) است. که بیشترین شیوه انتقال از طریق MSM است که ۶۷٪ آلودگی های ایدز جهان در این منطقه است و مناطق دیگر از طریق داروهای

تزریقی و جنسی مخالف است. در قسمت های مرکزی آسیا و اروپا شیوع ایدز رو به افزایش است. (۱۰)

۵) تحقیقی در سال ۱۹۹۸ در نیویورک توسط hardy AM و همکاران جهت بررسی اپیدمیولوژی ایدز در آمریکا انجام شد بر اساس آن تا پایان سال ۱۹۸۸، ۵۰۰۰۰ نفر دارای سندرم نقص ایمنی از سال ۱۹۸۱ گزارش شده اند. و افراد سیاه پوست نسبت به سفید پوست ۳ تا ۱۲ برابر بیشتر آلوده هستند که میتواند به علت مصرف زیاد داروهای تزریقی این افراد باشد در سال ۱۹۸۶ مرگ بر اثر این بیماری در زنان ۰/۰۷٪ و در مردان ۰/۰۷٪ بوده است شیوع HIV در افرادی که شریک های جنسی متفاوت داشته اند ۵۰٪ سنجیده شده است. و در افرادی که IV drug user هستند ۷۰٪ تخمین زده شده است. که بر اساس این تخمین ها بیشترین راه انتقال اعتیاد تزریقی بیان شد. (۱۱)

۶) مطالعه ای در سال ۲۰۱۱ توسط challa comb L در PUBLIC AGENCY OF CANADA انجام شد مشخص شد ۷۱۳۰۰ نفر تا پایان سال ۲۰۱۱ در کانادا با این بیماری زندگی کرده اند و این نشانگر افزایش ۱۱ درصدی نسبت به سال ۲۰۰۸ (۷/۳۰۰) بوده است و در این مطالعه معلوم شد ۱/۴ افراد مبتلا از بیماری خود آگاه نیستند تا پایان سال ۲۰۱۱، ۲۴۳۰۰ نفر مبتلا به این بیماری در اثر عفونت های همراه جان سپرده اند. میزان آلودگی به HIV در افراد جدید همانند و هم میزان نسبت به سالهای گذشته میباشد و افزایش نیافته است و طبق این تخمینات تا پایان ۲۰۱۱، ۱۷/۹۸۰ آلوده اند و ۵۰٪ این جمعیت MSM تشکیل داده اند. (۱۲)

۷) مطالعه ای کوهورتی که در ماه دسامبر سال ۲۰۱۲ در San Diego (کانادا) توسط fierer DS و همکارانش در بخش عفونی انجام شد به این نتیجه رسیدند که افرادی که قبل از ابتلا به عفونت

HIV هپاتیت C داشته‌اند، نسبت به بیمارانی که بعد از ابتلا به عفونت HIV دچار هپاتیت C می‌شوند، روند سریع‌تری در پیشرفت به سمت سیروز کبدی و احتیاج به پیوند کبد دارند در واقع با این مطالعه دیده شد تمام این بیماران در طی ۸ سال دچار مرگ ناشی از سیروز کبدی شده‌اند در صورتی که بیماران پس از عفونت HIV دچار HCV شده‌اند، خیلی کندتر دچار سیروز کبدی شده‌اند. (۱۳)

۸) در Ocober سال ۲۰۱۲ در Medical Research Center لندن توسط lodi S و همکاران طی تحقیقی بیان کردند که رابطه‌ی مشخصی بین شیوع توپرکلوز و مدت زمان تحت درمان قرار گرفتن افراد مبتلا به عفونت HIV دارد، براساس این تحقیق انجام شده بیان شد که عدم درمان CART (Combination of Antiviral Treatment) شیوع عفونت با ارگانیزم TB در این افراد افزایش می‌یابد و در کسانی که (افرادی که دچار ایدز یا عفونت با ویروس HIV) تحت درمان سریع‌تر با CART هستند شیوع TB ارگانیزم، کمتر می‌باشد. (۱۴)

۹) در بخش بیماری‌های داخلی بیمارستان مرکزی آلمان، مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۲ توسط Muga R و همکاران انجام شد که نشان داد مصرف بی‌رویه الکل در افرادی که فقط دچار HCV هستند قطعاً باعث فیروز کبدی می‌شود ولی اگر HCV با عفونت HIV همراهی داشته باشد حتی میزان مصرف الکل خیلی کم باشد قطعاً باعث هپاتیت فولمئات می‌شود. (۱۵)

۱۰) در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۲ در دپارتمان کودکان دانشگاه پزشکی نیجریه توسط Ademola AD و همکاران انجام شد، میزان شیوع نارسائی کلیه در کودکان مبتلا به ایدز که در بیمارستان

جهت درمان بستری بوده‌اند سنجیده شد که اکثر آنها از CRF و AKI رنج می‌برند و Mortality بالائی در اثر نارسائی کلیه دارند. (۱۶)

(۱۱) در سال ۲۰۱۲ (Jun) مطالعه‌ای در جنوب آفریقا، دانشگاه علوم پزشکی، Hailman School of Public Health توسط naidoo و همکاران در مورد زمان بندی شروع درمان آنتی‌ویرال در افراد با همزمانی عفونت HIV و توبرکلوز انجام شده است، که نتایج ۵ مطالعه RCT جمع‌آوری شد، براساس آنها به این نتیجه دست یافتند که در بیماران مبتلا به توبرکلوز که دچار آلودگی با عفونت HIV می‌شوند آغاز هرچه سریع‌تر درمان آنتی‌ویرال (ART) Survival بسیار بالاتری به همراه خواهد داشت به جز در موارد TB مننژیت. (۱۷)

(۱۲) در سال ۲۰۱۲ (Nov) در بخش عفونی دانشگاه پزشکی ایرلند توسط Rizzo M و همکاران در مورد اثربخشی درمان آنتی‌ویرال در طی حاملگی جهت جلوگیری از انتقال Vertical انجام شد، در این تحقیق کوهورت که تمام مادران مبتلا به ایدز مراجعه کننده به یک کلینیک از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۲ تحت درمان آنتی ویرال قرار گرفتند که بنابر نتایج استفاده کردن از درمان آنتی‌ویرال در طی بارداری با کاهش چشمگیر انتقال HIV در حین زایمان همراه است و در این مطالعه انتقال HIV در حین زایمان فقط در ۲ مورد از افراد گزارش شده است که در ۱ فرد به علت عدم پذیرش درمان بوده و در ۱ نفر نیز به علت تأخیر در شروع درمان بوده است. (۱۸)

(۱۳) در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ در بخش اپیدمیولوژی دانشگاه پزشکی نیویورک توسط Kakinami L و همکارانش در مورد میزان و ریسک ابتلای به بیماری‌های قلبی عروقی در افراد

مبتلا به ایدز یا هپاتیت C یا افراد مبتلا به هر دوی این بیماری سنجیده شد، دست یافتند که ریسک ابتلای به بیماری های قلبی عروقی در افراد مبتلا به ایدز یا همراهی ایدز و هپاتیت C نسبت به سایر افراد (گروه کنترل) بیشتر بوده است که یک علت آن می تواند در اثر درمان های آنتی ویرال باشد. (۱۹)

در سال ۱۹۹۵ بریستون و همکاران نوزادی را گزارش کردند که در ۳ ماهه اول زندگی PCR + و کشت ویروسی نیز مثبت بودند در یک سالگی مجدداً آزمایشات نوزاد را عاری از عفونت نشان داد و در ۵ سالگی کودک سالم و بدون HIV بود نظیر چنین گزارشات از آمریکا و اروپا نیز بوده است این مطالعات نشان میدهد که حدود ۳٪ از نوزادان غیر آلوده که در تماس با ویروس HIV قبل و حین زایمان قرار میگیرند ویروس را پس از تولد از بین میبرند با بکار بردن زیدوودین در حاملگی و اجتناب از شیر دهی میتوان از انتقال هر چه بیشتر کاست. (۲۰)

فصل سوم:

مواد و روش کار

هدف اصلی

تعیین اپیدمیولوژی بیماران HIV+ مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهید بلندیان قزوین

اهداف فرعی

۱. تعیین جنسیت بیماران در اپیدمیولوژی بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید

بلندیان قزوین.

۲. تعیین فراوانی سن ابتلا به بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید بلندیان

قزوین.

۳. تعیین سطح تحصیلات بیماران و نقش میزان تحصیلات در ابتلاء به بیماری در بیماران

HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین.

۴. تعیین اولین علایم بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین.

۵. تعیین فراوانی بیشترین طرق انتقال بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی

شهید بلندیان قزوین.

۶. تعیین نقش ریسک فاکتورها در شیوع بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی

شهید بلندیان قزوین.

۷. تعیین چگونگی اطلاع از بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید

بلندیان قزوین.

اهداف کاربردی

تبعین اپیدمیولوژی بیماران مبتلا به ایدز میتواند در شناسائی خصوصیات بیماران و ارائه راهکار جهت کاهش این معضل متمر ثمر باشد.

فرضیه ها

۱. فراوانی جنسیت بیماران در اپیدمیولوژی بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین چگونه است؟
۲. فراوانی سن ابتلا به بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین چگونه است؟
۳. نقش میزان تحصیلات در ابتلاء به بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین چگونه است؟
۴. اولین علایم بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین چگونه است؟
۵. فراوانی بیشترین طرق انتقال بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین چگونه است؟
۶. نقش ریسک فاکتورها در شیوع بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین چگونه است؟
۷. نحوه اطلاع از بیماری در بیماران HIV+ تحت درمان در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین چگونه است؟

جمعیت مورد مطالعه

جامعه مورد بررسی کلیه بیماران مبتلا به ایدز می باشند که از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ تحت درمان این بیماری در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین هستند. این بیماران از نظر متغیرهای دموگرافی و اپیدمیولوژی مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS وارد کامپیوتر گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مکان و زمان انجام مطالعه

در مرکز آموزشی و درمانی شهید بلندیان قزوین واحد مبارزه با بیماری های رفتاری پرونده های بیماران در همان مکان مورد بررسی قرار گرفت. زمستان ۱۳۹۱.

روش کار

مطالعه ی توصیفی مقطعی گذشته نگر با مراجعه به پرونده های بیماران که در مرکز شهید بلندیان قزوین در واحد مبارزه با بیماریهای رفتاری تحت درمان بوده اند بعد از رفع نقایص پرونده ها توسط رابطین بهداشت که از طریق تماس تلفنی و یا حضوری با بیماران برطرف شد. تمامی اطلاعات مربوط به بیماران من جمله خصوصیات فردی و اجتماعی و محل زندگی و خصوصیات مربوط به بیماری و تمام اطلاعات جمع آوری شده و از طریق نرم افزار SPSS آنالیز شده است که این جمع آوری اطلاعات همراه با اخذ رضایت بیماران و رعایت مسائل اخلاق پزشکی و عدم افشای رازهای بیماران بوده است.

محدودیت ها

در طی انجام این مطالعه محدودیت های قابل ملاحظه که باعث تداخل در نتایج این مطالعه شود، وجود نداشت به جز در مواردی که برخی از بیماران به لحاظ محدودیت های مالی از چک سریال و مرتب CD4 و سایر آزمایشات در خواستی اجتناب داشتند و همچنین عدم همکاری بیماران جهت رفع نفایس پرونده ها و اطلاعات درخواستی و عدم مراجعه مجدد برخی بیماران پس از اطلاع از بیماری از بزرگترین محدودیت این مطالعه بوده است.

جدول متغیرها

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
سن	*		*				تعداد سالهای سپری از عمر.	سال
تاهل	*				*		وضعیت تاهل.	مجرد-متاهل
جنس	*				*		جنسیت .	زن-مرد
مدت ابتلا	*		*				چند ماه یا چند سال از ابتلاء به بیماری میگذرد.	ماه-سال
سن ابتلا	*		*				ابتلاء یا کشف بیماری در چه سنی بوده است.	چند ماهگی تا ۶۰ سال
تحصیلات	*					*	میزان سواد کسب شده و مدرک تحصیلی فرد.	دیپلم-دانشگاهی
شغل	*				*		اشتغال و روش کسب درآمد فرد.	بیکار-شاغل
وزن	*		*				مقدار جرم تشکیل دهنده بدن.	کیلوگرم
قد	*		*					سانتی متر
اعتیاد تزریقی	*				*		اعتیاد به مواد مخدر از طریق تزریق	بلی-خیر
Plasma viral load	*		*				تعداد کپی RNA ویروس در هر میلی لیتر خون	مثبت-منفی
Cholesterol	*		*				معیار سنجش چربی خون	میلی گرم در دسی لیتر
AST	*		*				aspartate transe aminase آنزیم کبدی	واحد در لیتر
ALT	*		*				aspartate transe alanine آنزیم کبدی	واحد در لیتر
WBC	*		*				white blood cells تعداد سلول های سفید خون.	تعداد سلول در میکرولیتر
CD4 count	*		*				cluster diffrentia T helper مارکر شناسائی سلولهای	تعداد سلول در میلیمتر مکعب خون
HBS Ag	*				*		آنتی ژن سطحی ویروس هپاتیت B	مثبت-منفی
RIBA	*				*		recombinant immunoblot assay تست تکمیلی سنجش آنتی بادی هپاتیت C در نتایج مثبت کاذب	مثبت-منفی
Lymphocytes	*		*				رده ای از گلوبول های سفید خون.	تعداد سلول در میکرولیتر
Anti HCV	*				*		آنتی بادی های ساخته شده علیه ویروس هپاتیت C	مثبت-منفی

بررسی اپیدمیولوژی بیماران HIV مثبت مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پيوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
Anti HBS	*				*		آنتی بادی های ساخته شده علیه ویروس هپاتیت B	مثبت-منفی
FBS	*		*				fasting blood gucose قند خون ناشتا	میلیگرم در دسی لیتر
TG	*		*				triglyceride معیار سنجش چربی خون	میلیگرم در دسی لیتر

فصل چهارم:

یافته‌ها

بررسی اپیدمیولوژی بیماران HIV مثبت مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین

جامعه مورد بررسی کلیه بیماران مبتلا به ایدز می باشند که از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ تحت درمان این بیماری در مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین هستند. این بیماران از نظر متغیرهای دموگرافی و اپیدمیولوژی مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS وارد کامپیوتر گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابتدا به بررسی و توصیف اطلاعات به شرح زیر می پردازیم :

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک جنس

جنس	فراوانی	درصد
مذکر	۴۸	۷۵
مونث	۱۶	۲۵
کل	۶۴	۱۰۰

از جدول فوق نتیجه می گیریم بیشتر مبتلایان به HIV+ مراجعه کننده به مرکز شهید بلندیان مذکر می باشند.

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد
مجرد	۳۲	۵۰
متاهل	۲۷	۴۲/۲
مطلقه	۵	۷/۸
کل	۶۴	۱۰۰

از نظر وضعیت تاهل افراد مجرد و متاهل مراجعه کننده به شهید بلندیان به یک میزان به این بیماری مبتلا بوده اند.

جدول ۳- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک سن

سن	فراوانی	درصد
کمتر از ۲۰	۵	۷/۸
۲۰ تا ۳۰	۱۸	۲۸/۱
۳۰ تا ۴۰	۲۹	۴۵/۳
۴۰ تا ۵۰	۱۰	۱۵/۶
بالای ۵۰ سال	۲	۳/۲
کل	۶۴	۱۰۰

میانگین سنی افراد مبتلا که به مرکز شهید بلندیان مراجعه داشتند، ۳۴ سال و انحراف معیار ۱۰ سال می باشد ، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال با مقدار ۴۵/۳ درصد است ، کمترین سن فرد مبتلا ۲ سال و بیشترین ۵۷ سال است.

جدول ۴- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک شغل

شغل	فراوانی	درصد
بیکار	۳۸	۶۲/۳
آزاد	۲۰	۳۲/۸
بازنشسته	۳	۴/۹

اکثر مبتلایان مراجعه کننده به شهید بلندیان بیکار بوده اند.

جدول ۵- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
بیسواد	۵	۸/۱
ابتدایی	۲۶	۴۱/۹
راهنمایی	۱۹	۳۰/۶
دیپلم	۱۱	۱۷/۸
دانشگاهی	۱	۱/۶

سطح تحصیلات بیشتر افراد مبتلا به ایدز مراجعه کننده به شهید بلندیان (۸۰/۶ درصد) زیر دیپلم می باشد.

جدول ۶- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک محل اقامت

محل اقامت	فراوانی	درصد
منزل شخصی	۳۰	۴۶/۹
زندان	۳۲	۵۰
اماکن عمومی	۲	۳/۱
کل	۶۴	۱۰۰

بیشترین محل اقامت افراد مبتلا مراجعه کننده به شهید بلندیان زندان بوده است.

جدول ۷- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک نحوه اطلاع از بیماری

نحوه اطلاع از بیماری	فراوانی	درصد
بیماری در خانواده	۳	۴/۷
ارجاع	۶۱	۹۵/۳
کل	۶۴	۱۰۰

از جدول فوق نتیجه می گیریم بیشتر بیماران تحت درمان در شهید بلندیان ارجاعی بوده اند.

جدول ۸- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک محل ارجاع

محل ارجاع	فراوانی	درصد
زندان	۳۳	۵۱/۶
بهریستی	۲	۳/۱
مراکز بهداشتی	۱۳	۲۰/۳
انتقال خون	۱۲	۱۸/۸
بخش خصوصی	۱	۱/۵
نامشخص	۳	۴/۷
کل	۶۴	۱۰۰

جدول فوق نشان می دهد بیشتر افراد تحت درمان در شهید بلندیان ارجاعی از زندان بوده اند.

جدول ۹- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ نسبت به وجود ریسک فاکتورها

ریسک فاکتور	فراوانی	درصد	درصد بدون ریسک	کل
اعتیاد تزریقی	۴۵	۷۰/۳	۲۹/۷	۱۰۰
داشتن شریک جنسی متعدد	۲۳	۳۵/۹	۶۴/۱	۱۰۰
سابقه زندان	۴۲	۶۵/۶	۳۴/۴	۱۰۰
تیغ یا سرسوزن مشترک	۴۰	۶۲/۵	۳۷/۵	۱۰۰
خالکوبی	۹	۱۴/۱	۸۵/۹	۱۰۰
مادر آلوده	۳	۴/۷	۹۵/۳	
همسر آلوده	۴	۶/۳	۹۳/۷	

از جدول فوق نتیجه می شود بیشترین ریسک فاکتورهای افراد مراجعه کننده به شهید بلندیان، به ترتیب اعتیاد تزریقی ، سابقه زندان ، استفاده از تیغ یا سرسوزن مشترک ، داشتن شریک جنسی متعدد و خالکوبی می باشد و کلاً ۴۶ نفر از افراد چندین ریسک فاکتور باهم داشتند که ۲۲ نفر ۳ ریسک فاکتور همزمان و ۱۴ نفر ۴ ریسک فاکتور همزمان و ۴ نفر ۲ ریسک فاکتور و ۴ نفر ۵ ریسک فاکتور همزمان داشتند و ۱۸ نفر فقط ۱ ریسک فاکتور داشتند.

جدول ۱۰- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ سابقه بستری و جراحی در بیمارستان

سابقه	فراوانی	درصد
بستری در بیمارستان	۱۱	۱۷/۲
جراحی	۴	۶/۳
هیچکدام	۴۹	۷۶/۵
کل	۶۴	۱۰۰

جدول ۱۱- توزیع فراوانی نسبی شکایات بالینی بیماران تحت درمان HIV+ قبل از درمان و در حین درمان.

اولین علامت	فراوانی	درصد
بثورات جلدی	۱۱	۱۷/۲
برفک و آفت های دهانی	۸	۱۲/۵
بزرگی غدد لنفاوی	۶	۹/۴
کاهش وزن	۸	۱۲/۵
کاهش اشتها	۶	۹/۴
نا مشخص	۲۵	۳۹
کل	۶۴	۱۰۰

بیشترین فراوانی مربوط به اولین علامت بیماری در افراد مراجعه کننده به شهید بلندیان، ایجاد بثورات جلدی و پس از آن برفک و آفت های دهانی و کاهش وزن می باشد.

جدول ۱۲- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک مرحله بیماری هنگام شروع درمان

مرحله	فراوانی	درصد
بدون علامت	۵۶	۸۷/۶
دارای نشانه های بالینی	۸	۱۲/۴
کل	۶۴	۱۰۰

اغلب افراد مراجعه کننده به مرکز شهید بلندیان، در مرحله بدون علامت متوجه بیماری شده اند.

جدول ۱۳- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک وجود بیماری

بیماری	فراوانی	درصد
هپاتیت B	۴	۶/۳
هپاتیت C	۱۸	۲۸/۱
هپاتیت B و C	۲	۳/۱
سل	۴	۶/۳
بدون بیماری همراه	۳۶	۵۶/۲
کل	۶۴	۱۰۰

بیشترین ابتلا به بیماری در افراد مبتلا به ایدز مراجعه کننده به مرکز شهید بلندیان مربوط به هپاتیت C می باشد.

جدول ۱۴- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک اختلالات روحی همراه

اختلال روحی	فراوانی	درصد
افسردگی	۲۲	۳۴/۴
پرخاشگری	۹	۱۴/۱
افسردگی و پرخاشگری	۷	۱۰/۹
خودزنی	۲	۳/۱
هیچکدام	۲۴	۳۷/۵
کل	۶۴	۱۰۰

۳۴/۴ درصد از افراد دچار ایدز مراجعه کننده به شهید بلندیان از افسردگی و ۶۲/۵ درصد از اختلال روحی رنج می برند.

جدول ۱۵- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک مقدار CD4

CD4	فراوانی	درصد
کمتر از ۵۰۰	۳۹	۶۰/۹
۵۰۰ تا ۱۰۰۰	۱۴	۲۱/۹
بالای ۱۰۰۰	۷	۱۰/۹
نامشخص	۴	۶/۳
کل	۶۴	۱۰۰

بیشتر مبتلایان به ایدز مراجعه کننده به شهید بلندیان مقدار CD4 کمتر از ۵۰۰ داشته اند.

جدول ۱۶ - آماره های توصیفی آزمایشهای پاراکلینیکی مبتلایان HIV+

متغیر	میانگین	انحراف معیار
WBC	۵۵۰۲	۱۵۱۱
AST	۳۱	۱۲/۴
ALT	۲۸/۳	۱۲/۶
FBS	۸۴	۱۱
CR	۱	۰
TG	۱۵۹	۴۰

جدول ۱۷- توزیع فراوانی نسبی بیماران تحت درمان HIV+ به تفکیک آزمایشات پاراکلینیکی هپاتیت از 21 نفری که مثبت بودند.

آزمایش	مثبت		منفی		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
HBsAg	۳	۴/۷	۶۱	۹۵/۳	۶۴	۱۰۰
HCVab	۱۸	۲۸/۱	۴۶	۷۱/۹	۶۴	۱۰۰
کل	۲۱	۳۲/۸	۴۳	۷۶/۲	۶۴	۱۰۰

جدول ۱۸- بررسی رابطه بین سطح CD4 و درمان دارویی در بیماران مبتلا به HIV+

مقدار CD4		درمان دارویی		بلی		خیر		کل	
		فرآوری	درصد	فرآوری	درصد	فرآوری	درصد	فرآوری	درصد
کمتر از ۵۰۰		۳۷	۶۱/۷	۲	۳/۳	۳۹	۶۵		
۵۰۰ تا ۱۰۰۰		۷	۱۱/۷	۷	۱۱/۷	۱۴	۲۳/۳		
بالای ۱۰۰۰		۱	۱/۷	۶	۱۰	۷	۱۱/۷		
کل		۴۵	۷۵	۱۵	۲۵	۶۰	۱۰۰		
		$\chi^2 = 26.6$ P-value=0.001							

با توجه به جدول فوق و مقدار P که کمتر از ۰/۰۵ است نتیجه می گیریم بین سطح CD4 و درمان دارویی در افراد مورد مطالعه شهید بلندیان تفاوت معنی دار وجود دارد. (همیشه مقدار P را با عدد ۰/۰۵ مقایسه می کنیم اگر عدد بدست آمده از ۰/۰۵ کمتر بود نتیجه می شود بین گروهها تفاوت معنی دار وجود دارد و اگر این عدد از ۰/۰۵ بیشتر بود تفاوت معنی دار وجود ندارد). حال با توجه به درصد های بین سطوح مختلف CD4 مشاهده می شود کسانی که CD4 پایینتری داشتند بیشتر تحت درمان دارویی بوده اند.

جدول ۱۹- بررسی رابطه بین اعتیاد تزریقی و سابقه زندان در بیماران مبتلا به HIV+

سابقه زندان		بلی		خیر		کل	
		فرآوری	درصد	فرآوری	درصد	فرآوری	درصد
بلی		۳۹	۶۳/۹	۶	۹/۸	۴۵	۷۳/۸
خیر		۳	۴/۹	۱۳	۲۱/۴	۱۶	۲۶/۲
		$\chi^2 = 25.3$ P-value=0.001					

با توجه به جدول فوق و مقدار P که کمتر از ۰/۰۵ است نتیجه می گیریم بین سابقه زندان و اعتیاد تزریقی در افراد مراجعه کننده به شهید بلندیان تفاوت معنی دار وجود دارد کسانی که سابقه زندان داشتند بیشتر معتاد تزریقی بوده اند.

بررسی اپیدمیولوژی بیماران HIV مثبت مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین

جدول ۲۰- بررسی رابطه بین اعتیاد تزریقی و استفاده از تیغ یا سرسوزن مشترک در بیماران مبتلا به HIV+

تیغ یا سرسوزن مشترک		بلی		خیر		کل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
اعتیاد تزریقی		۴۰	۶۵/۶	۵	۸/۲	۴۵	۷۳/۸
بلی							
خیر		۰	۰	۱۶	۲۶/۲	۱۶	۲۶/۲
		P-value=0.001		$\chi^2 = 41.3$			

با توجه به جدول فوق و مقدار P که کمتر از ۰/۰۵ است نتیجه می گیریم بین استفاده از تیغ یا سرسوزن مشترک و اعتیاد تزریقی در افراد مراجعه کننده به شهید بلندیان تفاوت معنی دار وجود دارد. کسانی که اعتیاد تزریقی دارند بیشتر از تیغ یا سرسوزن مشترک استفاده می کردند.

جدول ۲۱- بررسی رابطه بین سابقه زندان و تیغ یا سرسوزن مشترک در بیماران مبتلا به HIV+

تیغ یا سرسوزن مشترک		بلی		خیر		کل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سابقه زندان		۳۵	۵۷/۴	۷	۱۱/۴	۴۲	۶۸/۹
بلی							
خیر		۵	۸/۲	۱۴	۲۳	۱۹	۳۱/۱
		P-value=0.001		$\chi^2 = 18.8$			

با توجه به جدول فوق و مقدار P که کمتر از ۰/۰۵ است نتیجه می گیریم بین استفاده از تیغ یا سرسوزن مشترک و سابقه زندان در افراد مراجعه کننده به شهید بلندیان تفاوت معنی دار وجود دارد. کسانی که سابقه زندان دارند بیشتر از تیغ یا سرسوزن مشترک استفاده می کردند.

جدول ۲۲- بررسی رابطه بین سابقه زندان و انجام خالکوبی در بیماران مبتلا به HIV+

انجام خالکوبی		بلی		خیر		کل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سابقه زندان							
بلی		۱۴/۸	۹	۵۴/۱	۳۳	۶۸/۹	۴۲
خیر		۰	۰	۳۱/۱	۱۹	۳۱/۱	۱۹
		P-value=0.029				$\chi^2 = 4.77$	

با توجه به جدول فوق و مقدار P که کمتر از ۰/۰۵ است نتیجه می گیریم بین سابقه زندان و انجام خالکوبی در افراد مراجعه کننده به شهید بلندیان تفاوت معنی دار وجود دارد. کسانی که سابقه زندان دارند بیشتر از خالکوبی استفاده می کردند.

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری

بحث

ایدز بیش از ۱۵ سال است که وارد نظام اجتماعی ما شده و امواجی از هیستری و ترس غیر منطقی و ... به ارمغان آورده و در دنیای غرب بیماری با هم جنس بازی انتقال یافت و در کشور ما به جز موارد اولیه که از طریق خونی انتقال یافت، انتقال عمده از راه تزریق و رفتارهای پرخطر جنسی است.

در جهان نزدیک به ۴۰ میلیون نفر و در آمریکا نزدیک به ۱ میلیون نفر مبتلا هستند (۲۱)

(۱) در مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی که با عنوان بررسی اپیدمیولوژیک و عفونت‌های همراه در بیماران مبتلا به ایدز و عفونت HIV تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شیراز در سال‌های ۸۴-۱۳۸۳ توسط دکتر افسر کازرونی و همکاران که در مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز بهار ۱۳۸۵ انجام شد، بیشترین درصد در راه انتقال، ۴۰/۸٪ از طریق تزریق مشترک و ۱۶/۴٪ از طریق آمیزش و ۳۲/۶٪ تزریق همراه با آمیزش بوده است و هیچ مورد از اتصال مادر به فرزند نبوده که در مطالعه‌ی مذکور بیشترین بیماری همراه هپاتیت C (۷۸٪) اعلام شده که بررسی انجام شده در قزوین نیز مصداق این مطلب می‌باشد و ۳ مورد از ۶۴ مورد (۱/۹۲٪) از طریق مادر به فرزند منتقل شده است. در حالیکه در مطالعه انجام شده در شیراز هیچ مورد انتقال مادر به فرزند گزارش نشده است. (۸)

۲) مطالعه ای که در سال ۲۰۰۵ در دپارتمان پاتولوژی Jan Hapkins آمریکا توسط جان اوگاندا بر روی شیوع ایدز در ۲ دهه اخیر در آمریکا و شیوع بین المللی این بیماری در زنان باردار و نوزاد نشان انجام شد، از زمان بروز ناگهانی ایدز در سال ۱۹۹۲ به میزان ۱۷۰۰ نوزاد در آمریکا به منظور پیشگیری از انتقال ویروس از مادر به فرزند تدابیر اندیشیده شده باعث کاهش چشمگیر اتصال این بیماری شده است (در سال ۲۰۰۵ بیش از ۹۸٪ کاهش در آمار نوزادان مبتلا) که در مطالعه ای انجام شده در قزوین انتقال پری ناتال این بیماری ۳ مورد از ۶۴ مورد اعلام شده که به علت عدم اطلاع از بیماری و در نتیجه عدم درمان به موقع بوده است. (۹)

۳) مطالعه ای که در سال ۲۰۱۰ توسط peters و همکاران در آمریکا در ارتباط با اپیدمیولوژی کنونی ایدز در جهان انجام شد ایدز را یکی از مهمترین علل مرگ در افرادی که در معرض خون آلوده و فرزندان متولد شده هستند، به شمار می رود. اکنون بیشترین جمعیت ساکنان ایدز در کشورهای جنوب صحرای آفریقا است که شامل ۲۲/۵ میلیون جمعیت است که شغل بسیاری از این جمعیت در پراکندگی این ویروس و انتقال بیماری نقش بازی می کند. منطقه ای که این افراد بسیارشان معتاد تزریقی هستند در روابط نامشروع در سطح بالایی قرار دارد و بیشترین درمان ضد رتروویروسی در این منطقه استفاده می شود. در مطالعه صورت گرفته در قزوین اکثر افراد بیکار بوده اند و اکثر این افراد ساکنان زندان بوده اند که شاید این خود یک ریسک فاکتور به شمار رود. (۸)

(۴) مطالعه ای که در سال ۱۹۸۸ در آمریکا توسط مورگان و همکارانش در مرکز کنترل بیماری انجام شد تا پایان سال ۱۹۸۷، ۵۰ هزار نفر دارای سندرم نقص ایمنی در USA از سال ۱۹۸۱ گزارش شدند و افراد سیاه پوست نسبت به سفیدپوست ۳ تا ۱۲ برابر بیشتر آلوده بوده‌اند که به علت مصرف بیشتر داروهای تزریقی بوده است. در سال ۱۹۸۶ مرگ بر اثر HIV، در زنان ۰/۰۷٪ و مردان ۰/۷٪ و شیوع HIV در IV drug virus ۷۰٪ و در افراد شریک جنسی متعدد و ۵۰٪ که بیشترین راه انتقال مربوط به داروهای تزریقی بوده است که در تحقیقی که در قزوین انجام شده نیز بیشترین راه اتصال اعتیاد تزریقی بوده است و شیوع سایر راه‌های انتقال کمتر بوده است. (۱۱)

(۵) تحقیقی چاپ شده در سال ۲۰۱۲ توسط کمب در مجله‌ی Public agency of در رابطه با اپیدمیولوژی بیماری ایدز و HIV در کانادا می‌باشد، مشخص شد که ۷۱۳۰۰ نفر تا پایان سال ۲۰۱۱ در کانادا با عفونت HIV زندگی کرده‌اند و این نشانگر افزایش ۱۱ درصدی نسبت به سال ۲۰۰۸ (۷۳۰۰) بوده است و یک چهارم این افراد از بیماری و آلودگی خود مطلع نبوده‌اند و تا پایان سال ۲۰۱۱، ۲۴۳۰۰ نفر مبتلا به HIV در اثر عفونت‌های اکتسابی در اثر نقص ایمنی ایجاد شده، جان خود را از دست داده‌اند و مشخص شد میزان آلودگی این بیماری در افراد جدید هم میزان نسبت به سال‌های گذشته می‌باشد و خوشبختانه افزایش نیافته است ولی متأسفانه طی بررسی انجام شده در قزوین بر اثر شیوع اعتیاد و بستری به وسایل تزریقی اعتیاد و سرسوزن و سرنگ‌های تزریقی مشترک، میزان ابتلا افزایش یافته است. (۱۲)

(۶) در سال ۲۰۰۹ تحت عنوان بررسی اپیدمیولوژیک کلی HIV در کل جهان، مطالعه‌ای توسط Don deroty در نیویورک آمریکا در مرکز کنترل بیماری‌ها و برنامه‌ریزی AIDS انجام شد. به طور کلی تخمینی از جمعیت HIV زده شد که ۳۳ میلیون نفر برآورده شد و ۲/۷ میلیون نفر عفونت HIV جدید و ۲ میلیون نفر در سال ۲۰۰۷ جان خود را از دست داده‌اند بیشترین شیوع و بروز بیماری در منطقه‌ی جنوب صحرای آفریقا گزارش شد که ۶۷٪ آلودگی‌های ایدز در این منطقه برآورد می‌شود در قسمت‌های مرکزی آسیا و شرق اروپا در حال افزایش است. (۱۰)

(۷) طبق مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۵ بریستون و همکاران در آمریکا انجام دادند نوزادی را گزارش کردند که در ۳ ماهه اول زندگی PCR + و کشت ویروسی نیز مثبت بود در یک سالگی مجدداً آزمایشات نوزاد را عاری از عفونت نشان داد و در ۵ سالگی کودک سالم و بدون HIV بود نظیر چنین گزارشات از آمریکا و اروپا نیز بوده است این مطالعات نشان می‌دهد که حدود ۳٪ از نوزادان غیر آلوده که در تماس با ویروس HIV قبل و حین زایمان قرار می‌گیرند ویروس را پس از تولد از بین می‌برند با بکار بردن زیدوودین در حاملگی و اجتناب از شیردهی میتوان از انتقال هر چه بیشتر کاست. در مطالعه انجام مذکور HIV Ab های این کودکان همچنان مثبت است که روش اختصاصی برای تعیین آلودگی نیست که بهتر است از روش‌های همچون کشت ویروس و PCR استفاده کرد که به علت گرانی و محدودیت هزینه در این کودکان استفاده نشده است ولی این کودکان CD4 های قابل قبولی دارند. (۲۰)

طبق بررسی های آماری انجام شده در مرکز آموزشی درمانی شهید بلندیان آمار مرگ در بیماران مبتلا به عفونت اچ ای وی از سال ۸۳ تا سال ۳۴,۹۱ نفر بوده است. که ۹۵٪ این افراد اعتیاد تزریقی داشته اند و فقط ۵٪ این بیماران اعتیاد نداشته اند که سابقه شریک های جنسی متعدد و رفتار جنسی پر خطر داشته اند و ۷۰٪ این افراد هر دو ریسک فاکتور را داشته اند. و افرادی که از طریق اعتیاد تزریقی دچار آلودگی شده اند به طور متوسط ۱۰ تا ۱۵ سال پس از ابتلا فوت شده اند و کسانی که از طریق جنسی ابتلاء شده اند سیر آهسته تری در پیشرفت بیماری (البته بدون در نظر گرفتن سایر عوامل و بیماری های دیگر) داشته اند. بیشترین علت مرگ در این افراد سپسیس و شوک سپتیک در اثر عواملی مثل پنومنی و عفونت های ادراری و انسفالیت و مننژیت و گاستروانتریت و سایر عفونت ها بوده است. و در درجه بعدی درگیری های مغزی عصبی مانند توکسو پلاسمای مغزی و انسفالیت و مننژیت بوده است و در درجه بعدی اندوکاردیت و عفونت های جلدی سیستمیک و عفونت های جلدی و ده میزان خیلی کمتر سایر علل مثل سیروز کبدی بوده است. (۲۲)

نتیجه گیری

با توجه به مطالعه ای انجام شده در خصوص اپیدمیولوژی این بیماری و ریسک فاکتورهای بروز آن، بیشترین افراد در این مطالعه مذکر و ساکن زندان و معتاد تزریقی بوده اند. وهیچ موردی از انتقال همسر خانم به همسرش گزارش نشدولی انتقال همسرآقا به خانم وجود داشته است همچنین انتقال مادر به فرزند نیز گزارش شدو بیشترین افراد بیکار و فاقد شغل بوده اند. بیشترین سن ابتلاء بین سن ۳۰ تا ۴۰ سال و بیشترین ریسک فاکتور ابتلاء به بیماری همچنان مثل سالهای گذشته (البته در این شهر و نه به طور کلی) اعتیاد تزریقی و اقامت در زندان بوده است ولذا اکثر بیماران در زمان کشف بیماری بدون علامت و از طریق ارجاع مطلع شده اند. در بررسی های آماری انجام شده ارتباط بین ریسک فاکتور ها مثل اعتیاد تزریقی و اقامت در زندان و این دو مورد با خالکوبی داشته است.

طبق بررسی های آماری انجام شده در مرکز آموزشی درمانی شهید بلندیان آمار مرگ در بیماران مبتلا به عفونت اچ ای وی از سال ۸۳ تا سال ۹۱، ۳۴ نفر بوده است. که ۹۵٪ این افراد اعتیاد تزریقی داشته اند و فقط ۵٪ این بیماران اعتیاد نداشته اند که سابقه شریک های جنسی متعدد و رفتار جنسی پر خطر داشته اند و ۷۰٪ این افراد هر دو ریسک فاکتور را داشته اند. و افرادی که از طریق اعتیاد تزریقی دچار آلودگی شده اند به طور متوسط ۱۰ تا ۱۵ سال پس از ابتلا فوت شده اند و کسانی که از طریق جنسی ابتلاء شده اند سیر آهسته تری در پیشرفت بیماری (البته بدون در نظر گرفتن سایر عوامل و بیماری های دیگر) داشته اند. بسشترین علت مرگ در این افراد سپسیس و شوک سپتیک در اثر عواملی مثل پنومنی و عفونت های ادراری و انسفالیت و مننژیت و گاستروانتریت و سایر عفونت ها بوده است. و در درجه بعدی درگیری های مغزی عصبی مانند توکسو پلاسمای مغزی و انسفالیت و مننژیت بوده است و

در درجه بعدی اندوکاردیت و عفونت های جلدی سیستمیک و عفونت های جلدی و ده میزان خیلی کمتر سایر علل مثل سیروز کبدی بوده است.

پیشنهادهای

با توجه به مطالعه انجام شده در خصوص این بیماری و اپیدمیولوژی آن و ریسک فاکتورهای بروز آن و جهت جلوگیری از انتقال این بیماری و کاهش ریسک فاکتورها که مهمترین آنها اعتیاد تزریقی و استفاده از سرنگ و سرسوزنهای مشترک است و روابط جنسی متعدد می باشد، توجه می باشد که در این راستا می توان جهت کاهش اعتیاد از درمان جایگزین با متادون MMT استفاده کرد تا با کاهش اعتیاد، جهت کاهش بروز HIV اقدام کرد و استفاده از Barrier ها مثل کاندوم هنگام روابط جنسی استفاده کرد و در صورت بروز آن و کشت آن جهت درمان هرچه سریعتر اقدام کرد و در خصوص زنان، در صورت داشتن این آلودگی جهت جلوگیری از انتقال پری ناتال آن درمان آنتی ویرال توجه می شود تا از بروز آن در نوزادان تازه متولد شده جلوگیری شود و افراد مبتلا به این بیماری را از نظر شناسایی عوارض و کنترل عوارض و جلوگیری از بروز بیماری هایی مثل TB و عفونت های قارچی یا اندوکاردیت که تهدیدکننده این افراد هستند، توصیه می شود. و همانطور که در مطالعه ی انجام شده نیز در این افراد چک سریال CD4 جهت تخمین وضعیت ایمنی این افراد توجه می شود تا در صورت افت CD4 درمان هرچه سریعتر آغاز شود که در مطالعه مذکور نیز در افراد با $CD4 > 500$ در صورت داشتن علائم بیماری و در صورت نداشتن علائم با $CD4 < 200$ درمان انجام شده بود.

اکثر بیماران مبتلا به ایدز در سیر بیماری دچار اختلالات روانی میشوند لذا به پزشکان توصیه میشود علاوه بر پیشگیری از عفونت های فرصت طلب، پیشگیری از اختلالات روانی را نیز مد نظر داشته باشند. افزایش آگاهی مردم و بالا بردن سطح آگاهی افراد میتواند نقش مهمی داشته باشد همچنین پزشکان بیش از پیش از علائم این بیماری و طرز برخورد با این بیماران را باید بدانند تا بتوان جامعه را در حداقل انتظار از این بیماری نگه داشت. باید با بیمار به صورت سالم زندگی کرد و ارتباط داشت و او را

از جامعه طرد نکرد چون طرد این افراد علاوه بر اینکه از لحاظ انسانی و اخلاقی درست نمی باشد باعث ایجاد مشکلات روانی در بیمار می شود و احتمال آلوده کردن عمدی سایر افراد جامعه را بالا می برد.

REFERENCES

۱. دکترمرادی فاطمه، نبئی و دکتر بهروز، یگانه بهرام. از مجله علمی داشکده پزشکی شیراز ، بررسی اپیدمیولوژیک و عفونتهای همراه در افراد HIV+ و مبتلا به ایدز تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری های رفتاری (کلینیک مثلثی) شیراز در سالهای ۱۳۸۴-۱۳۸۳. چاپ بهار ۱۳۸۵ صفحه ۸۷-۸۸.

۲. دکتر بازوند سجاد، مهدی پور ولی، مرادی لیلا ، بررسی ارتباط بین موارد HIV مثبت بارفتارهای پرخطر موثر در انتقال بیماری ایدز در بین معتادین مراجعه کننده به درمانگاه رفتاری ۱۱۵ خرم آباد در نیمه اول سال ۸۸-۸۹.

۳. دکتر افسر کازرونی پروین. بررسی اپیدمیولوژیک و عفونتهای همراه در افراد HIV+ و مبتلا به ایدز تحت پوشش مرکز مشاوره بیماری های رفتاری (کلینیک مثلثی) شیراز در ۱۳۸۴-۱۳۸۳. صفحه ۹۳.

۴. دکتر شریفی فر سیمین تاج. دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۵

۵. مرکز آموزشی و بهداشتی شهید بلندیان قزوین

۶. overview of AIDS , epidemiology, transmission, natural history and pathogenesis from UP TO DATE.

۷. دکتر افسر کازرونی پروین، الهیاری. دانشگاه علوم پزشکی شیراز. مجله علمی شیراز، چاپ بهار ۱۳۸۵ صفحه ۸۷-

۸۸

۸. P.J. Peters^a, P.H. Kilmarx^a and T.D. Mastro. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, usa.

۹. Department of Pathology, The Johns Hopkins University School of Medicine, 600 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21224, USA Makerere University-Johns Hopkins University Research Collaboration. 2005.
۱۰. Currn JW, Jaffe HW, Dondero TJ. Epidemiology of HIV infection and AIDS in the United States AIDS Program, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia 30333. Science (New York, N.Y.) [1988, 239(4840):610-616] Type: Journal Article DOI: 10.1126/science.3340847.2009.
۱۱. Hardy AM, Seliek RM. AIDS Program, Centers for Disease Control of usa. 1998.
۱۲. CHalla comb L Public Health Agency of Canada. Summary: Estimates of HIV Prevalence and Incidence in Canada, 2011. Surveillance and Epidemiology Division, Professional Guidelines and Public Health Practice Division, Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Public Health Agency of Canada, 2012.
۱۳. Fieres DS, dieterich DT, Department of, San Diego School of Medicine, (San Diego, CA), Clin Infect Dis. 2012 Dec 21.
۱۴. Lodi S, Del Amo J, d'Arminio Monforte A, Abgrall S, Sabin C, Clinical Trials Unit, Medical Research Council, , London, UK .2012;7(10):e46810. doi: 10.1371/journal.pone.0046810. Epub 2012 Oct 9.
۱۵. Muga R, Sanvisens A, Fuster D, Tor J, Martínez E, Pérez-Hoyos S, Muñoz A. Department of Internal Medicine, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, Spain. 2012.

۱۶. Ademola AD, Asinobi OO, Oladokun RE, Ogunkunle OO, Okoloz CA, Ogbole GE. Department of Paediatrics, College of Medicine, University of Ibadan/University College Hospital Ibadan, Oyo State, Nigeria. 2012

۱۷. Naidoo K, Baxter C, Abdool Karim SS. aCentre for the AIDS Programme of Research in South Africa (CAPRISA), University of KwaZulu-Natal, Durban, South Africa bDepartment of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, New York, USA. Feb 2013.

۱۸. Rizzo M, Murphy E, Joyce J, Horgan M. Cork University Hospital, Department of Infectious Diseases, Cork, Ireland. 2012 Dec 6.

۱۹. Kakinami L, Block RC, Adams MJ, Cohn SE, Maliakkal B, Fisher SG. Department of Community and Preventive Medicine, University of Rochester, Rochester, NY, USA Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University, Montréal, QC, Canada Department of Medicine, University of Rochester, Rochester, NY, USA Department of Medicine, Northwestern University, Chicago, IL, USA. 2012 Nov 11.

۲۰. برگزیده از کتاب مراقبت از بیماران HIV, نوشته گرامی استوارت, ترجمه دکتر محمد رضا شریف زاده ۱۹۹۷
جلد دوم صفحات ۳۷۶_۳۷۷, تحت نظر معاونت بهداشت و درمان.

۲۱. کتاب طب داخلی هاریسون ۲۰۱۱ بیماری های عفونی و ویروسی ترجمه دکتر فخری صفحه ۱۴۸.

۲۲. مرکز آموزشی درمانی شهید بلندیان قزوین طبق گزارشات بیمارستانی جمع آوری شده.

..



به نام خدا

صورتجلسه دفاع از پایان نامه
فرم شماره (۲)

۹۸۴

معاون پژوهشی دانشکده پزشکی:

با سلام،

بدینوسیله به استحضار می‌رساند بایان نامه دانشجویی/ تخصصی با عنوان بررسی اپیدمیولوژی بیماران HIV مثبت مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شهید بلندیان قزوین

متعلق به خانم / آقای مهدی آقایی به راهنمایی سرکار خانم/ جناب

آقای دکتر احمد زاده در تاریخ ۹۴/۱۲/۲۲ دفاع گردید و با نمره ۱۹/۵

معدل نوزده و هفتم مورد قبول هیئت داوران ناموده در ذیل قرار گرفت.

مهر و امضای هیئت داوران:

-۱

مهر و امضای استاد/ استادیار
راهنما:

-۲

مهر و امضای استاد/ استادیار
مشاور:

-۱

-۲

مهر و امضای استادیار داور:

-۱

-۲

-۳

مهر و امضای

معاون پژوهشی گروه / نماینده ایشان (ناظر)

مدیر گروه

* یادآوری :

مطابق آیین نامه، جلسه دفاعیه هنگامی اعتبار دارد که حداقل نهم یعلوه یک اعضای هیئت داوران در جلسه حضور داشته باشند (حضر استادیار راهنما و مشاور و معاون پژوهشی گروه/ ناظر در جلسه دفاع الزامی است).
نمره اعلام شده، معدل نمرات در جلسه دفاعیه است [استادیار راهنما، استادیار مشاور، داوران و معاون پژوهشی گروه / نماینده ایشان (ناظر)] که توسط معاون پژوهشی گروه / نماینده ایشان (ناظر) جمع بنده و به دانشکده اعلام می‌شود.